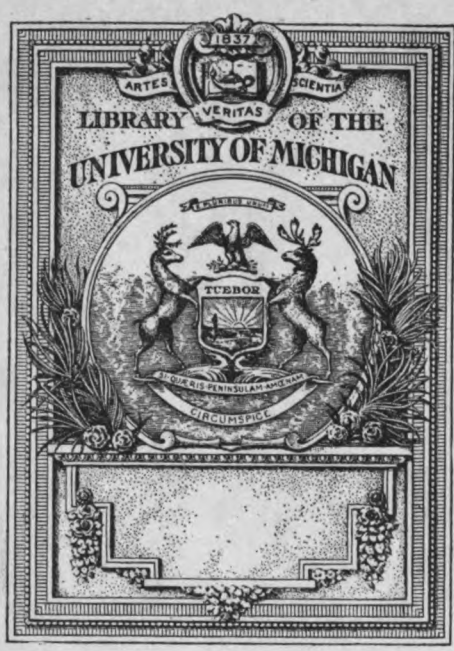
B 3 9015 00248 486 6
University of Michigan - BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

610.5
Z6
D36

Zentralorgan
für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete

Unter ständiger Aufsicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

herausgegeben von

A. Bier Berlin
A. Eiselsberg Wien
O. Hildebrand Berlin
A. Köhler Berlin
E. Küster Berlin
F. de Quervain Bern
V. Schmieden Frankfurt a. M.

Schriftleitung:
C. Franz, Berlin

Sechster Band

Berlin
Verlag von Julius Springer
1920

Brust.
Allgemeines:
37. 146. 283. 355.
Brustwand:
37. 96. 146. 209. 284. 356.
Speiseröhre:
38. 96. 146. 210. 356.
Brustfell:
210. 284. 357.
Lungen:
38. 97. 148. 211. 285. 358. 412.
Herzbeutel, Herz:
149. 286. 360. 412.

Bauch und Becken.
Allgemeines:
38. 150. 212. 287. 361. 413.
Bauchwand:
289. 363.
Bauchfell:
39. 150. 216. 289. 363.
Hernien:
40. 98. 151. 218. 290. 364. 413.
Magen, Dünndarm:
41. 100. 151. 221. 290. 365. 413.
Wurmfortsatz:
50. 101. 157. 229. 297. 374. 418.
Dickdarm und Mastdarm:
55. 101. 158. 231. 299. 377.
Leber und Gallengänge:
61. 160. 232. 302. 378. 422.
Pankreas:
62. 162. 235. 304. 380.
Milz:
62. 103. 163. 305. 380. 423.
Nebennieren:
63. 163. 382.
Harnorgane:
63. 103. 164. 236. 306. 383. 424.
Männliche Geschlechtsorgane:
67. 106. 170. 243. 311. 386. 428.
Weibliche Geschlechtsorgane:
108. 171. 246. 312. 387. 429.

Gliedmaßen.
Allgemeines:
70. 108. 173. 247. 314. 388. 429.
Obere Gliedmaßen:
72. 111. 173. 251. 315. 393. 430.
Untere Gliedmaßen:
76. 112. 175. 253. 317. 396. 431.

Autorenregister: 433.
Sachregister: 448.

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 1 S. 1—80

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Lange, Fritz: Lehrbuch der Orthopädie. Lehrbuch der Orthopädie. Jena, Gustav Fischer, 1914. 790 S.

Das vorliegende Lehrbuch der Orthopädie spiegelt in recht guter Weise den heutigen Stand dieser Spezialdisziplin wieder. Das Gebiet der Orthopädie grenzt der Herausgeber, wie aus seinen einleitenden Worten hervorgeht, als denjenigen Zweig der Medizin ab, der sich mit der Behandlung der „chronischen Leiden des Bewegungsapparates" befaßt. Bei der Einteilung des Stoffes hat Lange für eine möglichst breite Anlage der allgemeinen Kapitel gesorgt und dadurch die Abschnitte, die sich mit den speziellen Deformitäten der einzelnen Körperregionen befassen, auf ein geringeres Maß zu beschränken gesucht, als es in früheren deutschen Lehrbüchern der Fall war. Es ergab sich auf diese Weise die Gruppierung des Stoffes in folgende Abschnitte: Allgemeine Orthopädie, orthopädische und physiko-therapeutische Maßnahmen; Mißbildungen, Wachstumsstörungen und Erweichungszustände der Knochen; chronische Entzündungen der Knochen, Gelenke, Muskeln usw. und ihre Folgezustände; angeborene Luxationen und Kontrakturen; Nervenleiden. Alles, was in diesen Kapiteln nicht Platz oder genügende Berücksichtigung fand, ist dann in die speziellen Abschnitte (Schiefhals, Deformitäten der Wirbelsäule, Spondylitis, Deformitäten der oberen, der unteren Extremitäten und des Fußes) hineingenommen worden. Die gekennzeichneten Kapitel sind durch bekannte deutsche Orthopäden, die „allgemeine Orthopädie" durch den Herausgeber selbst bearbeitet worden. Das Langesche Lehrbuch füllt eine durch das Veralten des vor 8 Jahren zum letzten Male aufgelegten Hoffaschen Lehrbuchs entstandene Lücke aus und wird, wenn auch nicht alle Kapitel auf gleicher Höhe stehen, weite Verbreitung finden. An 600, z. T. mehrfarbige Abbildungen tragen zum Verständnis des Inhalts wesentlich bei. *Peltesohn* (Berlin).

● **Stern, Heinrich: Theorie und Praxis der Blutentziehung nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft bearbeitet.** Würzburg: Curt Kabitzsch 1914. VI, 144 S. M. 3.50.

Dem in den letzten 50 Jahren nach und nach aus der medizinischen Mode gekommenen Aderlaß verheißt der Verf. eine neue Blüteperiode. Nachdem er über die Geschichte des Aderlasses von der Antike an bis auf die spärlichen literarischen Notizen der letzten Jahre sich ausführlich verbreitet und die vielfachen Modifikationen der Technik des Aderlasses aus allen Epochen beschrieben hat, empfiehlt er zur Vornahme der in Rede stehenden Operation eine von ihm angegebene Spritze. Er ruft die alten Indikationen des Aderlasses (Pneumonie, Pleuritis, Kreislaufkrankheiten usw.) wieder ins Gedächtnis zuück. Vor allem aber redet er systematischen Blutentziehungen bei Urämie, Eklampsie, Chlorose und chronischen Vergiftungen mit Narkoticis das Wort. Besonders in verzweifelten Fällen von Morphinismus will er durch ein paar energische Aderlässe Dauerheilungen erzielt haben. *Ruge* (Frankfurt a. d. Oder).

Corbett: La trasformazione del sangue. (Die Transfusion von Blut.) Riv. internaz. di clin. e terap. Jg. **9**, Nr. 9, S. 166—170. 1914.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Transfusion gibt Verf. folgende Angaben über die Ausführung der Bluttransfusion. Absolute Asepsis, Vermeidung von Verletzungen oder Austrocknung der Gefäße, Eröffnung des Gefäßes mit Skalpel, Abpräparieren der Adventitia, Vermeidung der Berührung mit der umgebenden Gewebsflüssigkeit, sowie zu langer Unterbrechung der Blutzirkulation. Technisch läßt sich die Transfusion von Blut am besten mit Hilfe einer Kanüle, oder durch direkte Gefäßnaht vom Spender zum Empfänger bewerkstelligen. *Naegeli* (Zürich).

Studsinski, I. B.: Über die giftigen Eigenschaften des Blutes. Experimentelle Untersuchungen. (*Pharmakol. Inst. d. Prof. Popelski, Lemberg.*) Dissertation: Kijew

1913. 228 S. u. Kijewskija Universitetskija Iswestija Jg. 54, Nr. 3, S. 1—228. 1914. (Russisch.)

In einer großen experimentellen Arbeit werden im Tierversuch in sorgfältiger Weise eine Reihe von Fragen aus dem Gebiet der Bluttransfusion zu klären gesucht. Es ergab sich hierbei folgendes: Die direkte Transfusion gleichartigen Blutes ruft in der Mehrzahl der Fälle außer einer Steigerung des Blutdruckes keinerlei andere Veränderungen hervor. Finden sich im Blute des Spenders oder Empfängers Isohaemolysine, so kommt die Transfusion des artgleichen Blutes der Transfusion artfremden Blutes gleich. In letzterem Fall werden beim Empfänger folgende Erscheinungen beobachtet: Zunächst Excitation, dann Sinken des Blutdruckes, welcher an Stelle einer kurz vorhergegangenen und kurz dauernden Steigerung tritt, verminderte Gerinnbarkeit, gesteigerte Sekretion von Galle, Pancreassekret, Speichel, Tränen und Lymphe. Endlich erfolgt stürmische Darmperistaltik, Incontinentia urinae et defaecationis. Diesen ganzen Symptomenkomplex führt Studsinski auf die 2 Hauptfaktoren zurück: 1. Sinken des Blutdruckes, 2. Verminderung der Blutgerinnbarkeit. Dieselben Erscheinungen werden auch bei Zuführung von verschiedenen Organextrakten beobachtet. Das auslösende Moment ist die Wirkung des Vasodilatins, die Wirkung des letzteren ist peripherer Natur, und ist experimentell die gefäßerweiternde und gerinnungshindernde Wirkung desselben bewiesen. Bei genügender Menge des transfundierten artfremden Blutes tritt der Exitus des Versuchstieres ein. Der Tod tritt nicht ein, falls das Blut des Spenders und Empfängers keine haemolytischen Beziehungen zueinander haben. Defribriniertes Blut wirkt ebenso wie artfremdes, wegen des Gehaltes an Vasohypertansin, Vasodilatin u. a. Die Bedeutung des Vasohypertansins bei der Bluttransfusion ist nach den Untersuchungen des Verf. als nicht allzu hoch zu bewerten. Bei subkutaner Injektion des Vasodilatins gleichfalls Sinken des Blutdruckes, jedoch geringer als bei intravenöser Einführung. Dafür ist die Wirkung anhaltender. Zu den bisher bekannten Eigenschaften des Vasodilatins konnte der Verf. folgendes hinzufügen. Es hält ohne Abschwächung seiner Eigenschaften in flüssigem Zustande einige Monate. In trockenem Zustande verträgt es im Laufe einer halben Stunde eine Erwärmung auf 150°. Das Vasodilatin ist chemisch und physiologisch vom Cholin zu scheiden und durchaus nicht identisch mit letzterem. Ebenso ist das Vasodilatin mit dem β-Iminoazolylaethylamin nicht identisch und enthält es auch nicht als Bestandteil, wie früher angenommen wurde.

Hesse (St. Petersburg).

Lereboullet, P., et E. Vaucher: Le danger des injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémophilie familiale. (Die Gefahr der Einspritzung von Pepton Witte bei der Behandlung der familiären Hämophilie.) Pédiatr. prat. Jg. **12**, Nr. 13, S. 213—217. 1914.

Von einem 7jährigen Knaben mit schwerer Hämophilie wurden Peptoneinspritzungen (Witte) gut vertragen, doch kam es schließlich zu abundanten und wiederholten Blutungen, denen der Kranke schließlich erlag unter Erscheinungen, die an Anaphylaxie erinnern.

Kreuter (Erlangen).

Traugott, M.: Zur Technik der Venenstauung. (*Städt. Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 20, S. 1120. 1914.

Eine 60 cm lange, 1 cm starke Schnur aus mit Garn umsponnenen Gummifäden, an einem Ende vernäht, am anderen mit Schlaufe versehen, soll den Vorteil leichten An- und Abnehmens, des Selbsthaltens der Schnürung wegen Oberflächenrauhigkeit, der Regulierung der Stauungsintensität ohne Armerschütterung, der Billigkeit und Kleinheit haben. *Weichert* (Breslau).

Turner, G. I.: Die Fettembolie im Anschluß an orthopädische Operationen. (*Orthop. Klin. d. Prof. Turner, Milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Russki Wratsch. Bd. **13**, Nr. 17, S. 597—601. 1914. (Russisch.)

Autor berichtet über vier Fälle, in welchen im Anschluß an geringe Eingriffe an den unteren Extremitäten die Erscheinungen der Fettembolie eintraten. Einer von diesen Fällen endete rasch letal, die Sektion bestätigte die klinische Diagnose.

Im Anschluß an diese Fälle erörtert Autor die Frage, wodurch die Anfälle in letzter Linie bedingt werden, in eingehender Weise. Das klinische Bild der Anfälle scheint nicht für die Ansicht der Mehrzahl der Autoren, daß die Anfälle durch die infolge der Lungenembolie bedingte Asphyxie ausgelöst werden, sondern eher für eine Gehirnembolie zu sprechen. Ebenso weisen auch eine Reihe experimenteller und pathologisch-anatomischer Untersuchungen darauf hin, daß eine Fettembolie der Lunge ohne alle schwerere Erscheinungen überstanden wird: so fanden z. B. Flournois und ebenso Grendahl in einer Reihe von Fällen, die an anderen Krankheiten gestorben waren, bei der Sektion Fettembolien der Lunge, ohne daß dieselben irgendwelche klinische Erscheinungen hervorgerufen hätten. Daher nimmt Autor an, daß erst dann bedrohliche Erscheinungen sich einstellen, wenn Teile der Fettembolie der Lunge losgelöst werden und auf arteriellem Wege ins Gehirn gelangen. Dieser Vorgang kann durch mannigfache Ursachen, oft unbedeutendster Art, ausgelöst werden, so z. B. durch die geringste Erschütterung, durch psychische Erregung usw. Daher empfiehlt Autor, Patienten, an denen orthopädische Operationen ausgeführt sind, während der ersten Tage in absolutester Ruhe des ganzen Körpers zu halten. Wenn auch die Fettembolie bei Kindern selten ist, was meist dadurch erklärt wird, daß das Knochenmark wenig Fett enthält, so darf doch nicht vergessen werden, daß die Mehrzahl der Kinder, an welchen orthopädische Operationen ausgeführt werden müssen, rachitisch oder paralytisch sind, bei diesen ist aber das Knochenmark und ebenso das subcutane Fettgewebe in einer Weise verändert (weiche Konsistenz), die besonders leicht eine Embolie zur Folge haben kann. Daher rät Autor in diesen Fällen zur größten Vorsicht. *v. Holst.*

Heineke: Die Einpflanzung des Nerven in den Muskel. Chir.Kong.

Vortr. berichtet über experimentelle Untersuchungen betreffend die Wiederherstellung der Funktion eines gelähmten Muskels und direkte Einpflanzung eines gesunden motorischen Nerven in die Muskelsubstanz. Wenn man beim Versuchstier einen Muskel seines Nerven beraubt und einen benachbarten motorischen Nerven in den Muskel einpflanzt, so ist der Muskel bereits nach 2—3 Wochen vom neuen Nerven aus teilweise erregbar, und nach 6—8 Wochen kontrahiert sich der ganze Muskel bei Reizung des neuen Nerven in fast normaler Weise. Den gleichen Erfolg hat die Nerveneinpflanzung, wenn der betreffende Muskel bereits seit längerer Zeit, seit Wochen oder Monaten, gelähmt war; der degenerierte Muskel erholt sich dann wieder nach der Einpflanzung des gesunden Nerven und ist nach einigen Monaten von diesem Nerven aus wieder normal erregbar. Die Wiederherstellung der Muskeltätigkeit gelingt durch diese Methode also leicht und sicher. Besonders bemerkenswert ist, daß man die Nerveneinpflanzung mit fast dem gleichen Erfolg an jeder beliebigen Stelle des Muskels machen kann. Weitere Versuche dienten der Frage, auf welche Weise die neue Nervmuskelverbindung zustande kommt. Die Achsenzylinder des eingepflanzten Nerven wachsen, wie die histologische Untersuchung ergeben hat, an die Muskelfasern heran und bilden an diesen neue, die einzelnen Fasern umspinnende Endorgane. Das Einwachsen der Nervenfasern erfolgt dabei offenbar innerhalb der alten, durch den Untergang der Fasern des durchtrennten Muskelnerven leer gewordenen Nervenscheiden. Wenn man nämlich einen Nerven in einen gesunden, mit seinem zugehörigen Nerven in Verbindung bleibenden Muskel einpflanzt, so gelingt es nicht, den Muskel vom neuen Nerven aus zu erregen. Die Degeneration der alten Nervenfasern scheint also die Voraussetzung für das Einwachsen des neuen Nerven zu sein.

Erlacher-Graz hat schon früher ähnliche Versuche gemacht und mit Erfolg auch bei einer Cucullarislähmung angewendet. *Katzenstein* (Berlin).

Lewis, E. J.: Preliminary report of experimental work in bone transplantation. (Vorläufige Mitteilung über die Ergebnisse von Knochentransplantationsversuchen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 572—577. 1914.

Corticalis ohne Periost, Endost und Mark behält auch dann noch Lebensfähigkeit

und reparatives Vermögen, wenn sie in Form kleiner Splitter reimplantiert ist. Der Kontakt mit lebendem Knochen ist zum Wachsen dieser Splitter nicht notwendig. Größere transplantierte Knochenstücke bleiben am Leben, auch wenn von dem sie berührenden autochthonen Knochen aus kein Hineinwachsen erfolgt. Nach Fraktur oder Resektion kann ein Defekt überbrückt werden, wenn kein Kontakt der Knochenenden durch Periost oder Knochen besteht. Transplantierte Fascie übernimmt die nutritiven und begrenzenden Funktionen des Periostes. (Nach Versuchen an Hunden.) *Gümbel* (Bernau).

Koch, Jos.: Über experimentelle Rachitis. 2. (*Inst. f. Infektionskrankh. Robert Koch, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 17, S. 773—780, Nr. 18, S. 836—839 u. Nr. 19, S. 886—892. 1914.

Unter Hinweis auf seine früheren Untersuchungen über den Zusammenhang von Infektion und Knochenveränderung im kindlichen Alter, bringt Verf. jetzt den experimentellen Beweis, daß die rachitischen Knochenveränderungen auf eine infektiöse Ursache zurückzuführen sind. Unter den verschiedenen Versuchstieren hat sich der jugendliche Hund (8—12 Wochen alt) für den vorliegenden Zweck als am brauchbarsten erwiesen. Unter den verwendeten Bakterienkulturen, die intravenös injiziert wurden, haben die Aufschwemmungen mit dem Streptococcus longus die eindeutigsten Resultate gebracht. Während die Injektion von anderen Bakterien meist eine Allgemeininfektion oder Intoxikation zur Folge hatte, wobei unter mehr oder weniger großer Beteiligung der Gelenke das Tier an der Sepsis einging, konnte man beim Streptococcus longus nach kurzer Allgemeinerkrankung eine Lokalisation auf die Gelenkenden der Knochen fast immer feststellen. Das akute Stadium der Erkrankung charakterisiert sich folgendermaßen: nach einer Inkubationszeit von 1—3 Tagen schwellen die Gelenke und deren Umgebung in schmerzhafter Weise an. Die Reihenfolge der befallenen Gelenke ist unregelmäßig. Die Dauer dieses akuten Stadiums schwankt zwischen einigen Tagen und 2 Wochen. Es handelt sich dabei, wie aus den mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen hervorgeht, um eine Entzündung des Gelenkes und einer Umgebung, bei der der primäre oder Hauptherd im Metaphysenmark der Knochen liegt und der fast immer zunächst sterile Gelenkerguß nur als sekundäre Erscheinung zu betrachten ist. Nur im Metaphysenmark sind die Kokken nachzuweisen, wo sie aber keine eitrige Entzündung, sondern nur degenerative Veränderungen hervorbringen. Die auffällige Tatsache, daß der Streptococcus longus für den jugendlichen Hund nur eine abgeschwächte Pathogenität mit geringer Neigung zu Eiterung und Allgemeinsepsis besitzt, findet ein Analogon beim Kinde, das trotz der so häufigen hämatogenen Mischinfektion mit Streptokokken im Verlauf von Scharlach, Diphtherie, Masern usw. doch selten eine allgemeine Sepsis bekommt. Verf. geht dann ausführlich auf die mikroskopischen Befunde ein, die folgendes ergeben: Neben multiplen disseminierten Erkrankungsherden, bei denen es sich meist um zerstörte, nekrotische Partien des Knochenmarks handelt, fallen vor allem die degenerativen Veränderungen an der eigentlichen Knorpelknochengrenze ins Auge. Nach Ablauf einiger Zeit treten an Stelle dieser degenerativen Vorgänge ausgesprochen proliferative Prozesse, und die schon physiologisch vorhandene Hyperämie wird durch die längerdauernde Störung der endochondralen Ossification gesteigert. Auf diese nunmehr im Knochensystem herrschende chronische Hyperämie ist es zurückzuführen, daß der normale, bereits verkalkte Knochen einen Verlust an Kalksalzen erleidet, während solche in dem neugebildeten Knorpel- und Knochengewebe überhaupt nicht abgelagert werden. Der Knochen wird allmählich weich und biegsam. — Das chronische Stadium der Erkrankung charakterisiert sich nun dadurch, daß nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen bei den Versuchstieren eigenartige Knochenstörungen und Deformitäten auftreten, die in den ausgesprochenen Fällen ganz den Eindruck rachitischer Deformitäten machen. Verf. zeigt an einer Reihe von Photogrammen, wie sich diese Verbiegungen der Knochen und die Verdickung der Gelenk-

enden entwickeln. Außer diesen Veränderungen wurde fast am ganzen Skelett eine Störung des Wachstums beobachtet, die sich meistens in einer Verdickung der Knochen, besonders am Schädel, in einer abnormen Weichheit und Biegsamkeit, in Veränderungen an den Zähnen offenbarte. Bezüglich des histologischen Befundes am Knochensystem faßt Verf. die eigentlichen rachitischen Veränderungen, die man auf dem Höhenstadium der Erkrankung findet, als das Endprodukt eines unvollkommenen und vielfach gestörten Regenerationsprozesses auf, der sich an der durch die Infektion primär geschädigten Knorpelknochengrenze, im angrenzenden Mark und dem übrigen Knochen während des Wachstums des Tieres abspielt. Zum Schluß versucht Verf. die bisher geltenden Anschauungen über die Entstehung der Rachitis zu widerlegen und bringt auf Grund seiner Tierversuche den Beweis, daß auch die „Domestikation", deren Beziehung zu der Rachitis der Tiere so oft beobachtet wurde, nur ein prädisponierendes Moment darstellt. Das Primäre ist stets die einmalige oder öftere Infektion, die bei den unhygienisch gehaltenen Tieren oft genug vorkommt. Das Ergebnis der ausgedehnten Untersuchungen ist also folgendes: durch Streptokokkeninfektion kann ein charakteristisches Leiden des Knochensystems des jugendlichen Hundes in seiner Wachstumsperiode hervorgerufen werden, das man zunächst als eine pathologische Störung der normalen Ossification, wenn es sich im weiteren Wachstum des Tieres jedoch voll entwickelt hat, nach seinem makroskopischen und mikroskopischen Bilde als ein rachitisches bezeichnen darf. *Stammler* (Hamburg).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Holst, Axel: Über einen Streptokokkenstamm. (*Hygien. Instit. der Univers. Kristiania.*) Med. Revue Jg. **1914,** Mai-H., S. 278—285. 1914. (Norwegisch.)

Verf. gibt einen zusammenfassenden Bericht über die Eigenschaften eines hochvirulenten Streptokkokenstammes, welchen er z. T. vor einigen Dezennien in Verbindung mit anderen Untersuchungen über Streptokokken besprochen hat, welcher aber fortwährend, d. h. 27 Jahre nach seiner Züchtung von einem Falle von Endocarditis maligna, im Besitze seiner vollen Virulenz ist. Als Regel ist er dadurch am Leben gehalten worden, daß Blut von Tieren, welche nach Verimpfung des Mikroorganismus verendet waren, in zugeschmolzenen Röhren im Eisschranke aufbewahrt wurde. Selbst 2, ja 6 Jahre nach der Entnahme des so aufbewahrten Blutes gehen nach Aussaat desselben vollvirulente Kulturen auf. Der Stamm wächst meistens als ein Gemisch von Diplokokken und kurzen, nicht gebogenen Ketten. Werden 24 Stunden alte Bouillonkulturen subcutan am Ohre des Kaninchens verimpft, erzeugen sie bei einigen Tieren keine Reaktion, bei anderen eine diffuse, gutartige Entzündung. Aber meistens sterben die Tiere innerhalb weniger Tage an einer diffusen Phlegmone. Dagegen erfolgt der Tod ohne Ausnahme, wenn entsprechende Kulturen subcutan am Unter- oder Oberschenkel verimpft werden. Es entsteht dann eine diffuse Phlegmone, welche jedoch wegen des schnell eintretenden Todes nicht eitrig wird. Der Tod tritt nach 2—3 Tagen ein. (In den achtziger Jahren starben die Tiere z. T. nach 4 Tagen; sonst hat der Mikrokokkus während dieser 27 Jahre seine Eigenschaften scheinbar nicht geändert.) Diese Phlegmonen greifen z. T. auf den unteren Teil der Bauchwand und sogar auf den anderen Ober- und Unterschenkel über und sind bisweilen von serösen Metastasen der Gelenke der Vorderpfoten begleitet. Dasselbe Resultat ergaben ältere Bouillonkulturen, welche mit Kreide oder Marmorstückchen zur Bindung der gebildeten Säure versetzt waren. Wird dagegen die Kreide usw. weggelassen, entstehen z. B. nach $2^1/_2$—3 Wochen alten, bei 37° gezüchteten Bouillonkulturen Phlegmonen von der Dauer mehrerer Wochen oder mehr, welche in Eiterung übergehen und z. T. von eitrigen Metastasen der Vorderpfoten begleitet werden; z. T. erfolgt Genesung. Diese Abschwächung ist aber nur vorübergehend, indem eine neue Generation der betreffenden Kultur wieder vollvirulent ist. (Dasselbe bezieht sich auf Kulturen von den nach den abgeschwächten Kulturen verendeten Tieren.) Wird aber der Mikro-

kokkus in mehreren Generationen fortgezüchtet, welche je nach mehreren Wochen auf neue Brühe übergeimpft werden, erlischt schließlich auch die Fähigkeit junger Kulturen, Phlegmonen hervorzurufen: jedoch können dieselben auch dann bei Verimpfung im Peritoneum eine tödliche Peritonitis verursachen, von welcher wieder vollvirulente Kulturen aufgehen. Dagegen wird die Abschwächung durch Aufbewahrung in zugeschmolzenen Glasröhren verzögert. Das Überstehen der besagten Phlegmonen hinterläßt Immunität gegen vollvirulente Kulturen desselben wie auch gegen diejenigen anderer Stämme; umgekehrt ist aber die Schutzwirkung der letzteren gegen den hier besprochenen Stamm weniger stark ausgesprochen. — Der Stamm entspricht in wesentlicher Beziehung einem von Arloing 1884 kürzlich besprochenen Streptokokkus; jedoch scheinen kleine Unterschiede vorhanden zu sein. Auf Veranlassung von Durchfällen nach verschiedenen Nahrungsmitteln, wie Fleisch, Käse und Milch, entstand im Hygienischen Institute der Universität zu Kristiania die Frage, ob nicht öfters eine primäre pyogene Infektion des Darmkanals Durchfall hervorrufen könne. Um die Frage zu beantworten, wurden Kaninchen mit Milchkulturen des Stammes gefüttert. Waren die Kulturen 24 Stunden alt, enstand eine tödliche Enteritis, welche wie die besprochenen Phlegmonen von einem verbreiteten Auftreten des Mikrokokkus in allen Organen begleitet war. Fütterungen mit etwa 3 Wochen alten Kulturen riefen dagegen meistens gutartige profuse Diarrhöen oder breiige bzw. schleimige Stühle, welche nur etwa 12 Stunden dauerten, hervor, in diesen Fällen ließen sich keine Mikrokokken im Blute usw. nachweisen. Schließlich entstand vor mehreren Jahren auf Veranlassung einer Besprechung mit dem hochangesehenen verstorbenen schwedischen Chirurgen Sennander die Frage, ob vielleicht auch eine „idiopathische" Peritonitis durch eine entsprechende Invasion verursacht werden könne. Mittels neuer Fütterungen fand Dr. Geirsvold, z. Z. Stadtphysikus der Stadt Bergen, auf dem Hygienischen Institute bei einigen der verendeten Tiere einen fibrinösen Belag einiger Dünndarmschlingen. An Schnitten dieser Schlingen ließen sich Züge der verfütterten Mikrokokken feststellen, welche sich quer durch die Darmwand von der Mucosa bis zur freien Peritonealfläche derselben kontinuierlich verfolgen ließen. Von Ulcerationen oder sogar Perforationen fand sich aber keine Spur. *Nilssen* (Kristiania).

Hutinel: Les septicémies chez l'enfant. (Die Septicämien im Kindesalter.) (*Hôp. des enfants-malad., Paris*) Pédiatr. prat. Jg. **12**, Nr. 14, S. 226—232. 1914.

Das häufigere Auftreten derselben im Kindesalter als bei Erwachsenen ist durch die geringere Fähigkeit des kindlichen Organismus, Schutzstoffe im Blute zu bilden, bedingt, die bei Frühgeburten noch geringer ist, als bei normal ausgetragenen Kindern. Die Haupteingangspforte ist abgesehen von dem Nabel die Haut. Jeder Impetigo, jedes Ekzem kann zu einer tödlichen Sepsis führen. Die verschiedenen Lokalisationen und Krankheitsbilder werden besprochen und an Beispielen erläutert. Therapeutisch stehen wir ziemlich machtlos da. Kollargol scheint in einzelnen Fällen zu nützen. Bereits vor 20 Jahren ist Verf. für die Sonnenbestrahlung eingetreten, die in einzelnen Fällen einen kurativen Effekt hat. Die Hauptsache ist die Prophylaxe, die in der peinlichsten Sauberkeit, guter zweckmäßiger Ernährung und Zuführung von Luft und Sonne besteht. *Stettiner* (Berlin).

Poddighe, Antonio: La siero-diagnosi delle infezioni chirurgiche acute. Studio della reazione meiostagminica a mezzo di ricerche cliniche e sperimentali. (Die Serodiagnostik der akuten chirurgischen Infektionen. Beurteilung der Meiostagminreaktion auf Grund klinischer und experimenteller Untersuchungen.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Napoli.*) Giorn. internaz. d. scienze med. Jg. **36**, Nr. 7, S. 311 bis 317. 1914.

Verf. wollte den Wert der Meiostagminreaktion bei eitrigen Prozessen kennen lernen. Er untersuchte Fälle von Phlegmone, Erysipel, Lymphadenitis und heißen Abscessen. Als Antigen benutzte er eine filtrierte Aufschwemmung der 48stündigen Agarkultur des homologen Erregers. In 10 Fällen erwies sich die Reaktion als „hinreichend" spezifisch. Das gleiche Ergebnis haben 12 Versuche an Kaninchen mit Staphylo- und Streptokokken. Ob heterologe Antigene auch so günstige Resultate geben, kann Verf. nicht entscheiden. An praktischer Bedeutung verliert die Reaktion durch die großen technischen Schwierigkeiten. *Kreuter* (Erlangen).

Rosenstein, Paul: Neuere Erfahrungen über die Wirkung des Argatoxyls bei septischen Erkrankungen. (*Krankenh. Hasenheide, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 16, S. 804—806, u. Nr. 17, S. 847—851. 1914.

Das atoxylsaure Silber hat an Silber einen Gehalt von $33^1/_3$%, an Arsen einen solchen von 23,1%, enthält also Mengen von Arsen und Silber wie kein anderes Präparat. Es wird im Handel noch in der ursprünglichen Form geführt, nämlich in einer Aufschwemmung in Olivenöl und ferner in einer Piperazinlösung, die eine wasserklare Flüssigkeit darstellt. Die Anwendung geschieht meist intramuskulär, bei der Piperazinlösung auch intravenös, die einzelne Dosis beträgt 8 ccm, die steril in ein Glasröhrchen eingeschmolzen sind. — Die 105 Fälle, die Verf. mit Argatoxyl behandelte, setzten sich zusammen aus ätiologisch sehr verschiedenen, akut entzündlichen Erkrankungen der Bauchorgane inkl. Genitalien, der Haut und der Brustdrüse, des Mittelrohres und der Gelenke. Bei allen bestand nicht nur eine lokale Erkrankung, sondern gleichzeitig eine mehr oder minder schwere Allgemeininfektion. Die Wirkungsart des Argatoxyls ist eine sehr intensiv antiseptische. Vermöge dieser Eigenschaft vermag es entweder einen Krankheitsprozeß sofort nach einer einmaligen Injektion zu coupieren, oder es folgt derselben eine allmähliche Genesung, oder drittens der septische Prozeß geht unter starker lokaler Reizung, ev. unter Bildung eines aseptischen Abscesses an der Injektionsstelle in Heilung über, oder endlich der septische Prozeß heilt dadurch aus, daß der Infektionsherd abscediert. — Neben der bactericiden Wirkung ist es die Erzeugung einer Leukocytose, die die Wirksamkeit des Mittels bedingt. Die Untersuchung des Blutbildes nach erfolgter Injektion gibt einen Anhaltspunkt dafür, ob mit dem Mittel etwas zu erreichen ist oder nicht; bleibt die Leukocytose aus, so ist die Medikation umsonst. Die Anwendung des Argatoxyls schließt keine Gefahr in sich, wenn man sich an die angegebene Dosis hält und sie nicht öfter als jeden anderen Tag, bei intravenöser Applikation sogar mit Zwischenpausen von 4—5 Tagen, verabreicht und die Zahl von 6 Injektionen nicht übersteigt. *Genewein* (München).

Rosenberg, Erich: Über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. (*Allg. Krankenh., Hagen.*) Dissertation: Bonn 1913. 26 S. (Leipzig-Reudn., Aug. Hoffmann.)

Verf. hat im ganzen 40 Fälle untersucht, und zwar 8 Gesunde, 19 mit Lungentuberkulsoe, 3 Verdächtige und 10 chirurgische, die zum Teil ebenfalls verdächtig waren. Im Blute Gesunder fand er nie Tuberkelbacillen. Bei fast allen Fällen tuberkulöser Infektion fanden sich Tuberkelbacillen in der Blutbahn. Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der nachgewiesenen Bacillen und dem Grade der tuberkulösen Erkrankung bestand nicht. Ebenso wie bei der Lungentuberkulose fielen die Untersuchungen bei Fällen von chirurgischer Tuberkulose aus. Sämtliche 10 Fälle waren klinisch frei von irgendwelchen Erscheinungen einer Lungentuberkulose. In einem Fall gelang der einwandfreie Nachweis, daß die Ausschwemmung der Tuberkelbacillen ins Blut von einem einzelnen Herd ausgeht. Die zwei chirurgischen Fälle, die negatives Resultat ergaben, waren keine sicheren Tuberkulosen. Es hat sich aber herausgestellt, daß gerade bei den Fällen von chirurgischer Tuberkulose der Blutbefund von allerhöchster diagnostischer Bedeutung ist. Im Gegensatz zu anderen Autoren steht Verf. auf dem Standpunkte, daß das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blut spezifisch für tuberkulös Erkrankte ist. *Fritz Loeb* (München).

Meyer, N.: Über die Anwendung biologischer Prüfungen zum frühzeitigen Tuberkelbacillennachweis im Tierversuch. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, Beih. 3 (Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. Urol., 4. Kongr., Berlin 1913), S. 378—383. 1914.

Verf. wandte Intracutan- und Subcutanmethode an. Mit letzterer wurden unter verschiedenen Infektionsbedingungen in 11—14 Tagen in 88% eine positive Diagnose erzielt. Die subcutane Tuberkulininjektion (Alttuberkulin) stellt also eine einfache, relativ schnelle und die Diagnose sichernde Methode dar. Bei intracutaner Injektion ist die Reaktionszeit zwar noch etwas kürzer, dagegen ist diese Methode nicht so einfach auszuführen und zu beurteilen. Es empfiehlt sich aber für die Praxis beide Methoden anzuwenden. In der folgenden Diskussison tritt Oppenheimer wieder für seine Methode ein, nämlich suspektes Harnsediment in die Leber der Versuchstiere oder in die obere Bauchhöhle einzuimpfen. *Stadler* (Cuxhaven).

Koch, Herbert, und Walter Schiller: Über die Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin. (*Childr. mem. hosp., Chicago u. Univ.-Kinderklin., Wien.*) Zeitschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **11**, H. 2, S. 133—142. 1914.

Nach Versuchen und Beobachtungen von Pirquets, Nagelschmidts, Bander und Kreibichs ist erwiesen, daß es bei der tuberkulösen Entzündung lokale Differenzen in der Antikörperbildung gibt. Verff. wünschten nun festzustellen, ob die erhöhte Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Entzündungsherde gegen weiter eingeführtes Antigen an den engeren Ort der Entzündung gebunden ist, und welchen Einfluß das Stadium der primären Entzündung auf den Ablauf der Reaktion bei weiterer Antigenzuführung ausübt. Zu ihren Untersuchungen verwandten Verff. Hautstellen, die auf bereits cutan oder intracutan eingebrachtes Alttuberkulin starke Reaktion gezeigt hatten. An diesen Hautstellen führten sie in verschiedenen Zeitabständen von neuem eine cutane oder intracutane Impfung aus, und zwar impften sie 1. in den akut entzündlichen Herd (intrafokal), 2. in Hautstellen, an denen die Entzündung bereits abgelaufen und klinisch nicht mehr erkennbar war (Narbenreaktion), 3. in klinisch unveränderte Haut in nächster Umgebung des akut-entzündlichen Herdes (parafocal), 4. Kontrollimpfungen. Dabei zeigte sich: die intrafokale Nachimpfung ergibt um so stärkere Reaktion, je größer der Zeitintervall zwischen den beiden Impfungen ist, d. h. je weiter die ursprüngliche Impfung in ihrem Ablauf vorgeschritten ist. Parafokale Nachimpfungen ergeben nur dann gegenüber der Kontrollimpfung stärkere Reaktionen, wenn sie in den Hautbezirk fielen, der an der primären Entzündung beteiligt war, aber bereits klinisch zur Norm zurückgekehrt ist. Sie gehören also eigentlich zu den Narbenreaktionen, die durchweg stärkeren Ausfall zeigten als die Kontrollreaktionen. Verff. finden durch ihre Untersuchungen die von Pirquetsche Hypothese bestätigt, daß die tuberkulöse Entzündung ein allergischer Prozeß ist, hervorgerufen durch das aus Antikörper und Antigen entstandene Apotoxin. In frischen tuberkulösen Entzündungsherden dürfte kein freier Antikörper vorhanden sein, der mit erneut zugeführtem Antigen das entzündungserregende Apotoxin bilden könnte. Nach Ablauf der Entzündung hingegen sind freie Antikörper in vermehrter Menge gegenüber intakter Haut vorhanden (Akkumulation), so daß gesteigerte Reaktionen bei erneuter Antigenzufuhr auftreten. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Fuchs, H.: Lupus erythematodes und Tuberkulose. (*Dermatol. Abt., med. Klin., Basel.*) Dissertation: Basel 1913. 48 S.

Dem Verf. ist es gelungen, in vier Fällen von klinisch und histologisch typischem Lupus erythematodes chronicus discoides resp. disseminatus durch Verimpfung frischer und großer Effloreszenzen beim Meerschweinchen Tuberkulose zu erzeugen. Er schließt daraus, daß die Anwesenheit von Tuberkulosebacillen in den Effloreszenzen seiner Lupusfälle keine zufällige ist, sondern daß hier der Tuberkulosebacillus als die Ursache des Lupus erythematodes angesehen werden muß; daß daher seine Fälle von Lupus erythematodes nichts anderes sind als histologisch atypische Hauttuberkulose. *Fritz Loeb* (München).

Pagenstecher, Alexander: Über Röntgenbehandlung des Lupus mittels Leichtfilter. (*Radium- u. Röntgeninst. v. Dr. Löwenthal u. Dr. Pagenstecher, Braunschweig.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **22**, H. 1, S. 35—38. 1914.

Auch bei der Lupustherapie muß das Prinzip der Tiefenbestrahlung angewandt werden, um die in unteren Hautschichten zerstreuten Krankheitsherde zu treffen. Die Haut verträgt das 4—6fache der Erythemdosis, vorausgesetzt, daß Röhren von 8—10 Bauer Härte und 3 mm dickes Aluminiumfilter verwandt werden. Verf. behandelte 7 Fälle mit Dauerbestrahlung in Pausen von 3 Wochen. In der Zwischenzeit wurden die Lupusränder dem gefilterten Mesothorium ausgesetzt. Drei Heilungen, vier wesentliche Besserungen nach zum Teil recht langer Behandlung. *Hotz* (Freiburg).

Guye, G. A.: Les réactions de foyer dans l'héliothérapie des tuberculoses dites chirurgicales. (Die Herdreaktionen bei der Sonnenbehandlung chirurgischer Tuberkulosen.) Paris méd. Jg. **4**, Nr. 25, S. 615—622. 1914.

Die unter Sonnenbehandlung auftretenden Lokalreaktionen sind: Die Volumzunahme bei geschlossener Tuberkulose, die über dem Herd lokalisierte

Schweißbildung und lokale Temperaturerhöhung, die oft nachweisbare Konsistenzveränderung und palpatorisch wahrnehmbare Pulsationen. In Fällen von fistelnder Tuberkulose sehen wir in der Regel eine Volumabnahme, reichlichere Sekretion, die die Neigung hat, blutig-serös zu werden und endlich Rötung und Schwellung der Fistelränder. Was den unmittelbaren Einfluß der Sonnenbestrahlung auf die Gelenkfunktion anlangt, so sieht man oft anfänglich infolge der eintretenden Schwellung eine Erschwerung, oft aber auch unmittelbar eine Erleichterung (fibröse Ankylose). — Unter den vom Patienten wahrgenommenen Erscheinungen sind zu erwähnen: umschriebenes Wärmegefühl in dem bestrahlten Gelenke, Herabsetzung oder Aufhebung der vorher bestandenen Schmerzempfindung; bei Abscessen gelegentlich ein Gefühl von Pulsationen; bei Überdosierung unangenehmes oder auch schmerzhaftes Spannungsgefühl. — Um eine Überdosierung zu vermeiden, wenden wir uns vor allem an das Thermometer und die klinische Beobachtung. — Die Stärke der Fokalreaktionen ist von verschiedenen Faktoren abhängig: Allgemeinbefinden. Vorgeschrittene Tuberkulosen reagieren oft sehr heftig mit Temperatursteigerungen, sogar wenn nicht der Herd, sondern eine andere Körpergegend besonnt wurde. Dasselbe ist zu sagen von Herden, die in akuter Entwicklung begriffen sind. Auch die Tiefe des Herdes und seine Lokalisation beeinflussen den Grad der lokalen Reaktion. — Als therapeutische Erfolge dieser Herdreaktionen beschreibt G.: das Verschwinden der Schmerzhaftigkeit, die Besserung der Beweglichkeit, die Rückbildung von Exsudaten, die Auflockerung harter Infiltrate, Ausstoßung von Sequestern usw., wie dies schon wiederholt von Rollier beschrieben wurde. Überdosierungen können ernste Folgen nach sich ziehen, sogar die Möglichkeit einer Verschleppung und Verallgemeinerung der Tuberkulose wäre nicht ausgeschlossen. — Die Herdreaktion ist entzündlicher Natur. — Die Überwachung und klinische Beobachtung der Patienten während der Sonnenkur ist von größter Wichtigkeit. — Wir werden schwache Reaktionen auszulösen suchen. Gelingt uns das bei der bekannten Technik nicht, so werden wir uns mit „Fernbestrahlungen" begnügen, d. h. mit Sonnenbädern, die den Herd selber nicht treffen, wohl aber einen mehr oder weniger großen Teil des übrigen Körpers. *Amstad* (Basel).

Hagedorn: Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Tuberkulin-Rosenbach. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **31**, H. 1, S. 115—123. 1914.

Hagedorn gibt Tuberkulin-Rosenbach bei Jugendlichen in Anfangsdosen von 0,075, bei Erwachsenen von 0,1. Bleibt stärkere Reaktion aus, so steigert er in 3tägigem Turnus die Dosis um 0,1 bis zur Höchstgabe von 1—2 g. Nach den ersten Injektionen spritzt er in die Umgebung des Krankheitsherdes, von intravenöser Injektion ist er infolge eines schweren Kollapses zurückgekommen. Schwere Allgemeinreaktionen sah er selten, Lokalreaktionen sind — in mäßigem Grade — die Regel. Nur Allgemeintuberkulöse reagieren so schwer, daß die Behandlung undurchführbar und zwecklos ist. Neben der Tuberkulinbehandlung wurden Aspirationen und Excochleationen ausgeführt. Trotz dieser zuweilen erforderlich gewesenen Nebenbehandlung hält H. auf Grund seiner 19 kurz mitgeteilten Krankengeschichten die Wirksamkeit des Tuberkulin-Rosenbach in manchen Fällen für so offensichtlich, daß er sich als warmen Anhänger des Mittels bekennt. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Verteuil, F. L. de: Die Wirkung des Radiums auf den Lepra-Bacillus. Strahlentherapie, Orig. Bd. 4, H. 2, S. 647—648. 1914.

Mit einem Präparat von 80 mg Radiumbromid (Aktivität 500 000), das so montiert war, daß nur wenig α-, aber reichlich weiche β-Strahlen zur Einwirkung gelangten, wurden Lepraknoten 1 Stunde lang bestrahlt. Die Knoten verkleinerten sich, und vor allem zeigten die Bacillen eine körnige Degeneration, und zwar in noch höherem Grade als nach Nastinbehandlung. Die Veränderung an den Erregern trat erst vom 14. Tage an auf, woraus zu schließen ist, daß sie unter dem Einfluß von Substanzen erfolgt, die allmählich durch die Strahlenwirkung in dem leprösen Gewebe zur Entwickelung kommen und für den Bacillus giftig sind. Es besteht danach die Hoffnung, die Lepra durch Strahlenbeeinflussung des gesamten Körpers, wie sie etwa

durch möglichst energische Inhalations- oder Trinkkuren zu versuchen wäre, bekämpfen zu können. *Meidner* (Berlin-Charlottenburg).

One of the difficulties in diagnosing actinomycosis. (Eine der Schwierigkeiten in der Diagnose der Aktinomykose.) Journ. of clin. res. Bd. **7**, Nr. 2, S. 58—59. 1914.

In der Form eines Referats über Söderlund, Aktinomykose der Speicheldrüsen (Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 34; dieses Zentralbl. Bd. **3**, S. 166) wird darauf hingewiesen, daß bei aktinomykotischen Prozessen der Pilzgehalt häufig ganz gering ist, so daß der Prozeß zunächst oft als einfach entzündlicher erscheint. *Kappis* (Kiel).

Carle: Vaccinothérapie antigonococcique. Le vaccin de Nicolle. (Das Vaccin von Nicolle.) Lyon chirurg. Bd. **11**, Nr. 5, S. 494—506. 1914.

Carle beraubt wie andere vor ihm dieses anfangs überschwenglich gelobte Mittel seines Unfehlbarkeitsschimmers. Es nützt gar nichts bei frischer Urethralgonorrhöe und oft nichts bei gonorrhoischen Komplikationen. Dabei ist es ziemlich inkonstant in seiner Zusammensetzung. Nicolle hat jetzt die Gonokokken durch einen einfachen Diplokokkenstamm ersetzt, so daß es eigentlich gar kein Antigonokokkenvaccin mehr ist. *Linser* (Tübingen).

Geschwülste:

Korentschewski, W. G.: Die allgemeine Veranlagung des Organismus für bösartige Geschwülste. (*Pathol. Inst. d. Prof. Korentschewsski, K. Milit.-Med. Akad., St. Petersburg.*) Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914, (Russisch.)

Sowohl in der Klinik wie im Laboratorium konnte vielfach konstatiert werden, daß ein und dieselbe Geschwulst bei verschiedenen Individuen verschieden rasch wächst. In erster Linie kommt hier das Alter des Patienten resp. des Versuchstieres in Betracht: bei älteren Individuen wächst die Geschwulst langsamer als bei jüngeren. Auch die Art der Ernährung ist nicht ohne Einfluß: Kaliumsalze beschleunigen, Calciumsalze hemmen das Wachstum der Geschwülste, wie experimentell nachgewiesen werden konnte. Im Laboratorium des Autors wurden eine Reihe von Versuchen bezüglich des Einflusses der Drüsen mit innerer Sekretion angestellt. Im Gegensatz zu der allgemein angenommenen Ansicht, daß die Kastration das Wachstum des Mammakrebses hemmt, ergaben die Versuche des Autors an Hunden, daß das Wachstum der Geschwulst durch die Kastration beschleunigt wird, während die Einführung einer aus den Geschlechtsdrüsen hergestellten Emulsion bei kastrierten Hunden das Wachstum des Krebses aufhielt. Die Schilddrüse und die Milz hemmen das Wachstum der Krebsgeschwulst, dagegen hat die Schwangerschaft einen beschleunigenden Einfluß, was Autor auch in der Klinik an einem Falle beobachten konnte, in welchem die Geschwulst während jeder Schwangerschaft progressierte, während der Prozeß in der schwangerschaftsfreien Zeit stillstand.

v. Holst (Moskau).

Lindemann, W.: Über die Vererbung bösartiger Geschwülste. (*Pathol. Inst., Univ. Kijew, Prof. Lindemann.*) Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914, (Wratschebnaja Gaseta Jg. 21, Nr. 18, S. 749—750. 1914. (Russisch.)

Autor gibt eine eingehende Übersicht des Mendelschen Gesetzes und führt aus, daß aus demselben logischerweise hervorgehen muß, daß die Frage der Erblichkeit bösartiger Geschwülste mit Hilfe einer umfassenden Sammelstatistik unmöglich gelöst werden kann. Zum Ziele führen kann nur das Experiment. Als Versuchsobjekt sind Mäuse sehr geeignet. Unter strenger Beachtung der Mendelschen Regel müssen die Experimente angestellt werden und zwar so, daß die Empfänglichkeit für Krebsimplantation und die Neigung zur spontanen Erkrankung genau voneinander unterschieden wird. Unter diesen Gesichtspunkten sind bisher noch keine Untersuchungen angestellt worden. — Sehr schwierig ist die entsprechende Untersuchung am Menschen: um hier eine brauchbare Statistik zu schaffen, muß in jedem einzelnen Fall die Genealogie durch 4 Generationen hindurch auf das Genaueste festgestellt werden. Bis jetzt ist nur eine Arbeit (Lewin) erschienen, in welcher der Versuch gemacht wird, die Frage in dieser Weise zu bearbeiten. Vieles hat in dieser Beziehung die englische Gesellschaft „Field labourers of Eugenetics" geleistet, jedoch ist das durch dieselbe zusammengetragene Material nicht unter den Gesichtspunkten des Mendelismus bearbeitet.

Autor kommt zum Schluß, daß zur Lösung der Frage ein enormes experimentelles und statistisches Material notwendig ist, über welches wir z. Z. noch nicht verfügen. *v. Holst* (Moskau).

Nikiforoff, M. N.: Der anatomische Bau und die Entwicklung der bösartigen Geschwülste. (*Pathol. Inst., Univ. Moskau.*) Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor weist auf die Schwierigkeit der Diagnose bei beginnender Geschwulstbildung hin und zeigt an der Hand mikroskopischer Präparate, daß das neugebildete Epithel beim Verheilen eines Ulcus durch seinen atypischen Bau ein Carcinom vortäuschen kann. Das demonstrierte Bild zeigt große Ähnlichkeit mit den von Fiebinger bei seinen Experimenten an Mäusen erhaltenen mikroskopischen Präparaten. Daher hält es Autor für möglich, daß der krankhafte Prozeß, welcher in den Versuchen Fiebingers entstand, nur ein Carcinom simuliert, nicht aber mit diesem identisch ist. Demnach wäre es bis jetzt noch nicht gelungen, auf experimentellem Wege ein Carcinom zu erzeugen. *v. Holst* (Moskau).

Bertels, Arved: Über Granuloma malignum. St. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **39**, Nr. 8, S. 104—107. 1914.

Im Jahre 1898 beschrieb Sternberg „eine eigenartige, unter dem Bild der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparates", die Benda später mit dem Namen „malignes Granulom" belegte. Pappenheim nannte die gleiche Krankheitserscheinung „Lymphogranulomatosis". Von anderen wird diese aber noch der Hodgkinschen Krankheit irrtümlicherweise beigezählt. Das maligne Granulom beginnt meist mit einer Schwellung einer Lymphdrüse am Halse, der andere Schwellungen von Lymphdrüsen, von äußeren und inneren, folgen; auch die Milz und andere innere Organe können sich an dem Krankheitsprozeß beteiligen. Das klinische Bild ist dann der Leukämie gleich, die Blutuntersuchung läßt aber Leukämie ausschließen. Das maligne Granulom kann auch unter dem Bild eines bösartigen Tumors in die Erscheinung treten, wenn nämlich nur ein Lymphdrüsenpaket erkrankt und das Granulom infiltrierend auf die Umgebung übergreift. Dann bringt die histologische Untersuchung Klarheit. Diese weist eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Lymphdrüsentuberkulose nach; doch unterscheidet sich das maligne Granulom von ihr durch seinen großen Reichtum an ganz verschiedenartigen Zellen, es enthält Lymphocyten, polynucleäre und eosinophile Leukocyten, Plasmazellen, Mastzellen und schließlich die charakteristischen Sternbergschen Riesenzellen, große mit einem oder mehreren Kernen versehene Zellen, die sich von den Langhansschen Riesenzellen, denen des Riesenzellensarkoms und von den Fremdkörperriesenzellen gut unterscheiden lassen. Die Sternbergschen Riesenzellen stellen den integrierenden, nie fehlenden Bestandteil des malignen Granuloms dar. — Daneben finden sich auch bindegewebsreiche Partien, die auf einen Vernarbungsprozeß hinweisen. Die Prognose der Krankheit ist sehr trüb, Heilung nur ausnahmsweise beobachtet. Die Therapie besteht in Arsenpräparaten und Röntgenbestrahlungen. Die Ätiologie ist noch nicht geklärt; das regelmäßig vorhandene Fieber zwingt zur Annahme einer Infektion. Die Eingangspforte ist fast immer der lymphatische Apparat des Rachens. Über das Wesen der Krankheit gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander; es ist noch gänzlich unentschieden, ob es sich um eine besondere Form der Tuberkulose, überhaupt um einen entzündlichen Prozeß handelt, oder ob, wie auch angenommen wird, ein Sarkom vorliegt. *Genewein* (München).

Krym, R. S.: Die chemischen Veränderungen des Blutserums bei Krebskranken. Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Da der Stickstoffgehalt der Amide bei infektiösen Erkrankungen im Blutserum vergrößert ist, konnte theoretisch vorausgesetzt werden, daß er bei raschem Wachstum der Geschwulst vermindert sein würde. Diese Annahme wurde durch die entsprechende Untersuchung bestätigt: im Mittel wurden 8,7 mg N in 100 ccm Serum gefunden (gegen 10,8 mg in der Norm). Der Gehalt an Amylase ist niedriger als unter normalen Verhältnissen, jedoch sind die Schwankungen so groß, daß keine endgültigen Schlüsse gezogen werden können. Ebenso ergibt die Untersuchung auf den Gehalt an Lipase keine verwertbaren Resultate. *v. Holst* (Moskau).

Alexandrowa, N. K.: Zur Frage der Mischgeschwülste. Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Beim experimentellen Krebs der Mäuse konnte mehrfach der Übergang des Carcinoms in Sarkom beobachtet werden. Erklärt werden kann diese Erscheinung entweder durch Metaplasie der Krebszellen, oder durch Entstehung einer neuen Geschwulst aus dem Stroma der alten. Autor berichtet über einen Fall von Mediastinaltumor, welcher sich als Kombination eines Plattenepithelkrebses mit Lymphosarkom erwies. *v. Holst* (Moskau).

Francis, Charles F. D'Artois: A biological treatment for cancer. (Eine biologische Krebsbehandlung.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 19, S. 848—849. 1914.

Es handelt sich um eine Kombination von Thyreoidea, die getrocknet in Dosen von 0,12—0,25 einmal täglich gegeben wird und oxydierend wirken soll, mit einer Mischung von Schwefel-, Chlor-, Phosphor-, Magnesium-, Mangan- und Kalksalzen sowie von Hämoglobin und Cholesterin, letzteres als Antihämolysin. Diese Mischung wird eine Stunde nach der Thyreoideadarreichung in Wasser gegeben. Verf. will mit dieser Behandlung in 12 Fällen anscheinende Heilungen erzielt haben. Die Dosierung muß im Original nachgelesen werden. Nähere Angaben über die Art der Fälle und den Verlauf während der Behandlung fehlen. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Allmann: Zur nichtoperativen Carcinombehandlung. (*Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Strahlentherapie, Orig. Bd. 4, H. 2, S. 626—635. 1914.

Anfangs wurde die Behandlung der Carcinome mit radioaktiven Substanzen im Krankenhaus St. Georg mit 30 mg Mesothorium und 3 mm dicken Bleifiltern durchgeführt. Das Präparat lag je 8 Tage mit Pausen von 8—10 Tagen. Durch die intensive Sekundärstrahlung traten vielfach Schädigungen auf; Messingfilter erwiesen sich in dieser Beziehung als besser. Jetzt wird die Metallwand (Silberröhrchen plus Messingröhrchen) aus ökonomischen Gründen höchstens 1 mm dick gewählt; nur für größere Tiefenwirkung werden dickere Filter benutzt. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Cholin wurde raschere und heftigere Ulceration beobachtet. Große Dosen kurze Zeit angewendet scheinen unschädlicher zu sein; es werden daher jetzt 150—200 mg je 24 Stunden mit 2—5wöchentlichen Pausen eingelegt. Cave Nekrosen der Vaginalschleimhaut! Man muß die Röhrchen im Krater fixieren, in die Cervix (eventuell Dilatation mit Laminaria) einlegen oder die Kapsel durch Tamponade im Speculum aus dicker Pappe befestigen. Schwere Fistelbildungen wurden zweimal gesehen bei Anwendung von Bleifiltern und zu kurzen Intervallen. Andererseits kamen während der Röntgenbehandlung entstandene Fisteln nach Mesothoriumapplikation zum Schließen, wahrscheinlich durch das stark gewucherte Bindegewebe. Bei percutaner Bestrahlung werden nur noch Messingfilter mit Karton benützt, seitdem wurden Hautulcera nicht mehr gesehen. Tenesmen und leichte Blasenstörungen sind nicht immer zu vermeiden. Ob die Hämorrhagien, die in 3 Fällen auftraten, auf Konto der Strahlen zu setzen sind, ist mindestens unsicher. Häufig wurden Störungen von seiten des Nervensystems beobachtet, fast stets Appetitmangel, Gewichtsverlust, Temperaturanstiege. Diese Intoxikationserscheinungen können bei großer Ausdehnung der zu zerstörenden Krebsmassen lebensgefährlich werden. Große Tumormassen sind mit Messer oder Paquelin zu entfernen, geschlossene Carcinome zu offenen zu machen, um die Intoxikationsgefahr herabzusetzen. Bei jauchenden und blutenden Carcinomen wird die strahlende Substanz in Bleifiltern 24 Stunden eingelegt, dann eine Pause von 2—4 Wochen und länger eingeschaltet, während der die chemische Behandlung Platz greift. Arsen und Jod werden von Carcinomkranken auffallend gut vertragen. Cholin wurde intravenös und subcutan gegeben. Bei jodwasserstoffsaurem Cholin (Bayer & Cie.) klagten die Frauen niemals über Schmerzen, bei salzsaurem Cholin in einzelnen Fällen, mehr bei borsaurem Cholin, am meisten bei Enzytol. Niemals zeigte sich eine Reaktion von seiten der Haut. Möglicherweise können durch Einwirkung von Radiumstrahlen auf Tumorgewebe wirksame Extrakte gegen Carcinom gewonnen werden. Versuche mit dem Dialysierverfahren nach Abderhalden und mit der Wassermannschen Reaktion sind im

Gange. 3 Frauen bekamen Serum von bestrahlten Patientinnen eingespritzt, sie sind klinisch von sämtlichen Carcinomkranken die besten. Schwierigkeit macht die Entscheidung über den Zeitpunkt der Serumentnahme.

Von 85 behandelten Carcinomen starben 15; 15—20 inoperable Fälle gelang es durch die Behandlung operabel zu machen. 15 Frauen mit Rezidiven bzw. solche, die die Operation ablehnten, sind beschwerdefrei und arbeitsfähig. 20 sind noch in Behandlung. *Hölder* (Tübingen). [G]

Verletzungen:

Jones, Robert: An orthopedic view of the treatment of fractures. (Orthopädische Ansichten über Frakturbehandlung.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 314—335. 1913.

Die starren breiten Schienen aus Holz oder Metall sind ungeeignet zur Behandlung der Brüche der langen Röhrenknochen. Verf. verwendet nur schmale gußeiserne Bänder, die jeweils leicht nach den Erfordernissen des einzelnen Falles gebogen werden können, daher nirgends schädlichen Druck ausüben. Die Brüche nahe den Gelenken verlangen Berücksichtigung der Muskelfunktion; z. B. ist bei den Kondylenbrüchen des Humerus in stärkster Beugung zu fixieren, weil dann die Tricepssehne Ausweichen der Bruchstücke dorsalwärts verhindert. Bewegungen in den Gelenken sind erst auszuführen, wenn diese nicht mehr druckempfindlich sind. Die zum Festwerden notwendige Zeit ist von Fall zu Fall verschieden, eine „persönliche Gleichung"; „Nichtvereinigung" fast stets „verzögerte Heilung". Daher erfolgt die Heilung mitunter trotz richtiger Behandlung erst in zwei bis dreimal längerer Zeit als gewöhnlich, und es soll nicht vorzeitig bei solchen Fällen ein sekundärer Eingriff vorgenommen werden. Auch eine Operation kann die schnellere Heilung nicht erzwingen. Im allgemeinen ist eine operative Behandlung der Frakturen nicht notwendig. Nur die supramalleolären Unterschenkelbrüche werden am zweckmäßigsten operativ behandelt.

Gümbel (Bernau).

Brougham, E. J., and A. C. Ecke: A preliminary report on the treatment of fractures by fixation with animal bone plates and bone screws. (Vorläufiger Bericht über die Behandlung von Frakturen mit Fixation durch tierische Knochenplatten und Knochennägel.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 637—640. 1914.

Verff. berichten über 3 Fälle von Ober- resp. Unterschenkelfrakturen bei denen entsprechend der Metallplattenbehandlung Knochenplatten und Knochennägel zur Fixation der Fragmentenden angewendet wurden. Die Platten sind einmal oder mehrfach zur Aufnahme der Nägel durchbohrt, diese werden in die Bohrlöcher der Fragmentenden hineingebracht. Das Instrumentarium, eine Faßzange sowie mehrere verschieden dicke Metallbohrer ist einfach, auch die Technik bietet gegenüber den Metallplatten keine Besonderheiten. In allen 3 Fällen, besonders im 1., wo es sich um eine subtrochantere Femurfraktur ohne die geringste Callusbildung nach 6wöchentlicher Behandlung mittels Extension handelte, wurde eine völlige und ideale Heilung erzielt. Die Knochenteile heilten ein und wurden von den Callusmassen völlig umgeben.

Creite (Göttingen).

Thomas, Henry Bascom: Bone transplant. (Über Knochentransplantation.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 580—583. 1914.

Verf. empfiehlt für die offene Frakturbehandlung statt Lanescher Platten die Verwendung von Knochenspangen, die der Tibia entnommen werden. Die Laneschen Platten eitern in 48% heraus, was Verf. weniger auf primäre Infektion als vielmehr auf Fremdkörperreizung zurückführt. In 34 Fällen von Knochentransplantation kam es regelmäßig zur Einheilung. Verf. bespricht dann den Wert der Knochentransplantation bei kongenitalen Knochendefekten. Bezüglich der Versteifung von Wirbelsäulen durch implantierte Knochenspangen haben wir noch keine befriedigenden Resultate.

Verf. berichtet dann über ein 16jähriges Mädchen mit so schwerem Kniefungus, daß im Kranken reseziert werden mußte. Trotzdem wurde 3 Monate nach der Resektion eine der gesunden Tibia entnommene Periostknochenspange in das tuberkulöse Femur und den gesunden Tibiaknauf eingerammt. Die Spange heilte ein. Das 6 Monate nach der Operation aufgenommene Röntgenbild zeigt Knochenneubildung von seiten des Femur und der Tibia. Patientin geht im Gipsverband an Krücken, belastet jedoch das Bein noch nicht. *Jüngling.*

Hewitt, Walter R.: Accidents due to electric currents and their treatment. (Unglücksfälle durch elektrische Ströme und ihre Behandlung.) Journ. of the Missouri State med. assoc. Bd. **10**, Nr. 3, S. 96—100. 1913.

Herzflimmern und Atmungslähmung sind die Hauptursachen des Todes im elek-

trischen Schock. Während das Herzflimmern (hervorgerufen hauptsächlich durch Ströme niedriger Spannung) fast stets zum Tode führt, kann bei Atmungslähmung künstliche Atmung den Patienten in vielen Fällen retten, wenn sie so lange fortgeführt wird, bis sich das Zentralnervensystem vom Schock erholt hat. — Für die Behandlung ist rascheste Hilfeleistung von größter Bedeutung. Zur künstlichen Atmung wird der Draegersche Pulmotor vom Verf. sehr warm empfohlen, daneben intravenöse Einspritzungen von Adrenalin, Infusionen von Ringerscher Lösung, Campher, Äther. In verzweifelten Fällen kann man nach Blair versuchen, durch Einstich durch den 3. oder 4. rechten Intercostalraum Adrenalin direkt in den rechten Ventrikel zu spritzen (was freilich erst an Hunden erprobt ist), endlich Spaltung des Herzbeutels und direkte Herzmassage. Zur Weiterbehandlung nach erfolgter Wiederbelebung empfiehlt Verf. bei cerebralen Symptomen Lumbalpunktion, bei großer Unruhe Chloroforminhalationen, gegen die Ophthalmia electrica Cocaineinträufelungen, Lichtschutz, bei Verbrennungen offene Behandlung, Mentholvaseline, nach Abstoßung der nekrotischen Haut Verbände mit Vaseline rein oder in Verbindung mit Zn- oder Bi-Jodid. — Mitteilung zweier eigener Beobachtungen. *Riedl* (Portorose b. Triest).

Kriegschirurgie:

Salinari, Salvatore: Insegnamenti chirurgici ricavati dalle ultime guerre e specialmente da quella italo-turca. (Chirurgische Erfahrungen aus den letzten Feldzügen und besonders aus dem italienisch-türkischen Kriege.) Giorn. di med. milit. Jg. 62, Nr. 4, S. 243—284. 1914.

Ausführlicher Bericht über persönliche Erfahrungen aus dem Lybischen Kriege unter Verwendung einiger aus den Balkankriegen berichteten Beobachtungen. Verf. hatte viele durch Bleigeschoß hervorgerufene Verwundungen zu behandeln, in welchen das Geschoß stecken geblieben war. Wenn keine Infektion oder Funktionsstörung vorlag, nahm er von der Entfernung des Geschosses Abstand. Wenn er es einige Male auf ausdrückliches Verlangen eines Verwundeten ohne zwingenden anderen Grund entfernte, so fand er es stets gut eingekapselt und umgeben von einer gelben Flüssigkeit als unschuldigen Fremdkörper vor. Die durch das Bleigeschoß erzeugten langen Schußkanäle erwiesen sich oft selbst an wichtigen Organen als eng und unschädlich. Bei Schädelschüssen muß stets operiert werden, sobald Anzeichen von Blutung, Kompression, Reizung oder Infektion bestehen, ebenso bei allen Tangentialschüssen. Bei Durchbohrungen des Schädels wird nicht operiert, Projektile, die im Schädel stecken geblieben waren, werden nur entfernt, wenn das Geschoß erreichbar ist und ohne Schädigung der Gehirnmasse entfernt werden kann. Die Schußwunden des Gesichtes und des Halses zeigten eine große Tendenz zur Gutartigkeit und Heilung. Das gleiche gilt von den durchbohrenden Brustschüssen, bei welchen nur operiert werden soll, wenn eine zunehmende innere Blutung besteht oder durch anwachsenden Pneumothorax asphyktische Zustände eintreten. Im Gegensatz hierzu stehen bezüglich der Schwere der Verletzung die Rückenmarksschüsse, die bei durchschossenem Mark nicht, wohl aber bei Kompression des Rückenmarks durch Knochensplitter, resp. Geschosse operiert werden sollen. Die oft angegebene Gutartigkeit der Bauchschüsse wird vom Verf. energisch bestritten. Er ist der Ansicht, daß sie in den meisten Fällen ebenso wie im Frieden operiert werden müssen, wenn Gelegenheit und Zeit dafür vorhanden wäre, was bisher allerdings seiner Ansicht nach noch nicht der Fall ist. Die durch das Bleigeschoß hervorgebrachten Weichteilschüsse zeigten im Gegensatz zu den durch das ummantelte kleinkalibrige Geschoß hervorgerufenen, oft beträchtliche Zerreißungen und Neigung zur Infektion. Ab und zu wurden Blutungen beobachtet, die eine Gefäß unterbindung nötig machten. Die beste Behandlung der Aneurysmen ist die Ligatur des zuführenden Gefäßes, eine spontane Selbstresorption falscher Aneurysmen kommt vor. Die Be-

handlung der Knochenschüsse muß eine äußerst konservative sein, bei Gelenkschüssen, in welchen das Geschoß stecken geblieben ist, soll dieses frühzeitig wie jeder Gelenksfremdkörper entfernt werden. Von großem Nutzen bei der Behandlung der Schußwunden ist im Kriege die Radiographie und die Elektrizität; letztere zeigt bei Nervenverletzungen an, ob es sich um eine periphere Neuritis oder um direkte Verletzungen der Nervenstämme handelt. Auf die Wichtigkeit des Verbandpäckchens und einer guten Organisation des Sanitätsdienstes für das Schicksal der Verwundeten wird in der Arbeit hingewiesen. Am Schlusse wird die Frage gestreift, ob und wie eine schleunige Evakuation der Verwundeten möglich und wünschenswert ist. 25% der Verwundeten pflegen nach Ansicht des Verf.s nicht transportfähig zu sein (Bauch-, Rückenmarks-, einige Gehirnschüsse usw.), sie sollen an Ort und Stelle bleiben oder auf Tragen nur ganz kurze Strecken transportiert werden. 75% sind transportfähig, davon 25% ohne weitere Umstände auf größere Entfernungen (evakuierbar), 50% Schwerverletzte nur auf Entfernungen von 10 und etwas mehr Kilometer. Diese letzteren sollen vermittelst von Automobilen in die zurückgelegenen Lazarette zur dauernden Behandlung übergeführt werden. *Herhold* (Hannover).

Otto: Kriegschirurgische Eindrücke und Beobachtungen vom Griechisch-Bulgarischen Kriege 1913. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. Jg. 43, H. 10, S. 361—377. 1914.

Bericht über kriegschirurgische Erfahrungen, welche Verf. in den Hospitälern von Saloniki, im Reservelazarett zu Athen und an Bord des Lazarettschiffes „Albania" gemacht hat. In Saloniki befanden sich 16 auf das beste ausgerüstete Lazarette. Die Pflege der Verwundeten, welche in trefflicher Weise durch englische Schwestern und Damen der Gesellschaft besorgt wurde, stellte hohe Anforderungen: in einem Hospital befanden sich nach der letzten Schlacht über 2000 Schwerverwundete. Von einem Verbandwechsel wurde zumeist nach der Einlieferung abgesehen; dabei konnte man sich immer wieder davon überzeugen, daß schwerkrank Eingelieferte am nächsten Morgen kaum noch operationsbedürftig erschienen; der Transport von weiter entfernt liegenden Schlachtfeldern durch Lastautomobile bewährte sich außerordentlich. Das Fehlen von Feldlazaretten — die Griechen besitzen nur, entsprechend unseren Sanitätskompagnien, die aus zwei Zelten bestehende „Chirurgia" (2 bei jeder Division) — machte sich hier in unangenehmster Weise fühlbar. Auf dem Lazarettschiff „Albania" führte das Schlingern des Schiffes häufig zu einer Lockerung der Verbände, dabei in einem Falle zu einer schweren Nachblutung aus der Vena poplitea bei infiziertem Knieschuß. Zur Bekämpfung der von der Front eingeschleppten Cholera bewährte sich die prophylaktische Schutzimpfung, welche in ca. 75% schützte, andererseits jedoch in einzelnen Fällen trotz zwei- und dreimaliger Anwendung den Tod nicht verhinderte. (Über 200 000 Soldaten wurden mindestens zweimal geimpft.) Vergleichende Statistiken sprechen jedenfalls in überzeugender Weise für den Wert der Methode, welcher vor allem auch ein hoher moralischer Wert beizumessen ist; um durch die Nebenerscheinungen (hauptsächlich Fieber und Durchfälle) die Gefechtskraft nicht zu beeinträchtigen, wurden zunächst nur die nicht in Gefechtsbereitschaft stehenden Regimenter geimpft. Herstellung der Lymphe in Athen nach Kolle-Bern ergab eine wesentliche Verbilligung (30 Pf. gegen 5 Frank des 30 ccm enthaltenden Fläschchens). Technik: erste Injektion 0,5 ccm, zweite Injektion 1 ccm — 8 Tage später —; Applikation: subcutan; Außenseite des Oberarms. — In Saloniki wurden ca. 400 Verwundete stationär behandelt (51% Mantelgeschoß, 27% Schrapnellverletzungen); wiederholt wurden mehrfache Verletzungen, bis zu 10 Schrapnellkugeln, beobachtet; meist gutsitzende Verbände trotz schweren Transports. Der Mastisolverband, welcher mitunter zur Retention des Sekretes führt, wird nach Ansicht des Verf. zweckmäßig durch den Heftpflasterverband ersetzt; mit Jodtinktur behandelte Wunden machten den besten Eindruck; allerdings kamen auch zahlreiche ausgedehnte Jodekzeme zur Beobachtung. Pyocyaneusinfektionen gingen auf Behandlung mit pulverisierter Borsäure prompt zurück; ein Fall von Tetanus (Schußfraktur des Kniegelenks)

ging trotz Tetanusserums zugrunde. Besondere Bedeutung unter den Extremitäten-Weichteilschüssen beanspruchen die Wadenschüsse (9%), welche zumeist in kriechendem bzw. in liegendem Anschlag bei niedrig hergestelltem Wall zustande kommen (so erklären sich auch die häufigen Gesäßschüsse des Russisch-Japanischen Krieges). Die wohl meist auf sekundärem Weg schwer infizierten Hämatome heilten trotz mehrfacher Incisionen meist in wochenlanger Behandlung oft nur mit Hinterlassung starker Beschwerden aus und brauchten oft längere Heilungszeit wie komplizierte Frakturen. Die Krankenträger sind anzuweisen, die Wadenschüsse wie Frakturen zu schienen. — 22 (5,5%) Diaphysenfrakturen; davon 11 Oberschenkelfrakturen; meist war bei diesen röntgenologisch gute Erhaltung der großen und kleinen Splitter in ihrer Lage nachweisbar; aus dem dadurch erwiesenen relativen Intaktbleiben des Periostschlauches erklärt sich die vortreffliche Heilungstendenz dieser Schußfrakturen, welche ebenso wie die Schußfrakturen der Unterschenkel anstatt der bisher üblichen, meist zu starker Verkürzung führenden Behandlung mit Gipsverbänden grundsätzlich mit Extensionsverbänden behandelt werden sollten. 9 mit Streckverband behandelte Oberschenkelschüsse heilten in 6—7 Wochen mit Verkürzung von $^1/_2$—2 cm aus (Makkas). Häufig waren Durchschießungen der linken Hand, die ebenso wie die Durchschüsse des Fußes zu großen Aus- und Einschüssen und ausgedehnten Weichteil- und Knochendefekten führten (entsprechend den früheren Beobachtungen v. Bergmann bei Nikopolis [Ref.]). Gelenkschüsse: 10 Gelenkschüsse des Kniegelenks, in 7 Fällen mit Frakturen kompliziert; nur ein Fall infiziert. Nur einmal 6 Wochen nach der Verletzung wegen dauernder Nachblutungen aus A. und V. poplitea Amputation des Oberschenkels. Lungenschüsse: 11 stationär behandelte Fälle; meist mäßige, nach 3—4 Tagen verschwindende Hämoptoe; nur in einem Fall (Steckschuß der rechten Lunge mit Pyothorax und sekundärer Brust- und Bauchwandphlegmone) operatives Vorgehen erforderlich: 3 vielleicht aus plötzlicher Drehung des Rumpfes sich erklärende eigenartige Konturschüsse des Brustkorbes (in einem Fall Einschuß außerhalb der rechten (!) Brustwarze, Ausschuß in der linken vorderen Axillarlinie an der 6. Rippe). Bauchschüsse: 3 Fälle (darunter 1 Fall von schwerer chronischer Peritonitis; Operation wegen Ileus; multiple Abscesse zwischen den klumpenartig verwachsenen Darmschlingen, welche nur teilweise eröffnet werden konnten; trotzdem Heilung! Wirbelsäulen- und Rückenmarksschüsse: 3 Fälle; ein besonders interessanter Fall von hochgradigen sensiblen Störungen bei Fehlen motorischer Ausfallserscheinungen; heilte allmählich konservativ behandelt ab (Ätiologie vielleicht ähnlich wie bei Granatkontusion usw.). Laminektomien, die im allgemeinen im Felde eine schlechte Prognose geben, sollten — dafür plädiert auch Friedrich — doch weitere Anwendung finden. Gesichtsschüsse: 12 Fälle; mit Ausnahme von 2 Augenschüssen, glatt verlaufend. Schußfrakturen der Kiefer (8), teilweise mit Zerstörung der Alveolarfortsätze zeigten ein trauriges Verletzungsbild; durch Schienenfixation der Fragmente ist aber auch nach wochenlang zurückliegender Verletzung oft noch völlige Wiederherstellung zu erzielen. Schädelschüsse: 25 Fälle (7 +); nur Spätfälle, welche ohne genügende Behandlung in der vorderen Linie geblieben waren. 22 Trepanationen (meist bei Tangentialschüssen, kompliziert mit Abscessen und Prolapsen). Spättrepanationen geben bei nicht infizierten Fällen gelegentlich treffliche Heilungsresultate. Die Schädelschüsse sind möglichst rasch in die Etappe zu transportieren und dort zu operieren, da einwandsfreie Asepsis und Nachbehandlung von größter Bedeutung sind; in der vorderen Linie kommt lediglich Verbandanlegung (am besten Stärkeverband) in Frage.

F. Kayser (Köln).

Breitner, Burghard: Über Schädelschüsse im Kriege. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 1/2, S. 299—322. 1914.

Material entstammt 3 österreichischen Missionen während des ersten Balkankrieges. Da sie von Eiselsbergschen Assistenten geleitet wurden, ist der leitende

Gesichtspunkt der Behandlung ein einheitlicher gewesen. 70 Schüsse, davon 33 tangential, 9 diametral, 20 Steckschüsse, 8 Prellschüsse. Zahlen über auf dem Gefechtsfeld Gebliebene fehlen, sollen aber sehr hoch gewesen sein. Von 50 Knochenhirnschüssen 39 infiziert, von 9 Weichteilschädelschüssen keiner. Mortalität 17,1%, allerdings Beobachtungszeit kurz. Ein gut versorgter Schädelschuß kann bei guten Transportverhältnissen transportiert werden. Bei unzureichendem Transport ist die Hauptgefahr die Infektion. Symptome: Kopfschmerzen wurden ohne Befragen nur 8mal angegeben, primäres Erbrechen war nie vorhanden. Aseptisches Fieber wurde nicht beobachtet. Ansicht Holbecks richtig, daß in vielen Fällen Encephalitis das primäre. Primäre Trepanation daher aussichtsreichste Methode. Wenn die Resultate ihrer Lazarette schlecht sind (Mortalität 8 Fälle), so spricht das nicht dagegen, denn ihre früheste Trepanation war am 7. Tage, die übrigen schwanken zwischen 9—21 Tage. — Hirnprolapse, die sich vor der Operation finden, sogenannte Frühprolapse, scheinen keine schlechte Prognose zu haben. Vielleicht verhindern sie nachträgliche Infektion. Postoperative Prolapse geben schlechtere Prognose. Auftreten einer Liquorfistel ist ein schlechtes Omen. Operatives Vorgehen nach Art der Schüsse. Bei Tangentialschüssen soll immer operiert werden. Große Weichteilschnitte sind zu vermeiden. Da, wo zwischen Einschuß und Ausschuß eine Hautbrücke besteht, soll diese möglichst erhalten werden. Bei Segmentalschüssen soll mit dem Debridement nicht zu weit gegangen werden, weil man bei den weiten Fissuren sonst zu große Teile der Hirnoberfläche entblößen muß. Bei Steckschüssen und Diametralschüssen möglichst zuwartende Behandlung. Selbst Ausfalls- und Reizerscheinungen seitens der motorischen Zentren sind nur dann eine Indikation zur Operation, wenn sie auf einzelne Muskelgruppen beschränkt sind. In jedem Fall soll nach Operation Drainage vermieden, und die Weichteile sollen möglichst wieder geschlossen werden. Operiert soll aber im allgemeinen nur dann werden, wenn aseptisches Verfahren gewährleistet und wenigstens eine mehrtägige Ruhe für den Operierten möglich ist. *Franz* (Berlin).

Suchanek, Erwin: Über Schußverletzungen des Thorax und Abdomen. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 1/2, S. 334—350. 1914.

Etappenerfahrungen über 177 Verletzungen des Thorax, von denen 98 durch Gewehrprojektile, 69 durch Artilleriegeschosse und 10 Kontusionen des Thorax durch Einschlagen von Geschossen in der Nähe des Verletzten bedingt waren, ferner über 33 Bauchverletzungen, von denen 23 durch Gewehrprojektile und 10 durch Artilleriemunition verursacht waren. Etwa die Hälfte der Thoraxverletzungen war perforierend. Diese Diagnose ist oft sehr schwer zu stellen. Man findet Schußverletzungen, bei denen die Lage des Einschusses und Ausschusses zueinander eine Eröffnung der Brusthöhle auszuschließen scheint, die dennoch zu einer Verletzung der Lunge geführt haben, auf der anderen Seite Schüsse, welche mit Sicherheit eine Lungenverletzung erwarten lassen und trotzdem kein klinisches Zeichen für eine Verletzung der Brusteingeweide zeigen. Die Ansichten über die Durchschlagskraft des Spitzgeschosses gegenüber der der Schrapnellkugel, wie sie aus den Gliedmaßenverletzungen hergeleitet sind, haben für Thoraxverletzungen keine Gültigkeit. Es mag das seine Erklärung in den durch die Zwischenrippenräume beeinflußten eigentümlichen Widerstandsbedingungen am Thorax finden. Bei den 167 Schußverletzungen des Thorax wurde 22mal Hämoptoe und 36mal Hämothorax unter 86 die Thoraxwand durchdringenden Schüssen festgestellt. Das Überwiegen der Pleuraergüsse gegenüber der Hämoptoe wird durch Streifschüsse der Lunge erklärt. Bei 8 Fällen von Pleuraergüssen wurden primäre Infektionen gefunden, die als rein primär durch den Schuß als solchen gesetzt angesehen wurden. In einzelnen Fällen kam es auf pulmonalem Wege zur Infektion. Lungeninfiltrate (Küttner) wurden mehrfach gesehen, Hautemphysen nur in 5 Fällen, ferner je 1mal als besondere Komplikation Pneumothorax und Hämoperikard. Von den Kontusionen wurde gleichlautend berichtet, daß in ihrer Nähe eine Granate einschlug, und daß sie entweder von großen Erdmassen getroffen wurden oder, in die Höhe geschleudert mit großer Wucht auf den Erdboden niederfielen. Bei dieser Verletzung erworbenen Lungenrisse, die durch Rippenbrüche veranlaßt sein können, bluten stärker, als glatte Lungenschüsse. Von den nicht perforierenden Brustschüssen heilen die Konturschüsse meist reaktionslos, während sich bei den Steckschüssen meist Infektion einstellt. Zum Unterschied von den Gliedmaßenschußverletzungen sind die Thoraxschuß-

verletzungen nur selten typisch. Am häufigsten kommt noch der Schuß von der Schulter durch die Rückenmuskulatur vor, der sich durch die Lage des Soldaten im Schützengraben erklärt. Zahlreich waren bei den Bulgaren auch die Durchschüsse von vorn nach hinten, die durch die häufigen Bajonettangriffe veranlaßt werden. Die Behandlung sei äußerst konservativ. Bei perforierenden Verletzungen ist durch unbedingte Ruhe die Blutung zu stillen und die Gefahr der Nachblutung auszuschließen. Beim Hämothorax wird erst punktiert, wenn die durch Wachsen des Hämothorax bedingte Atemnot dazu zwingt. Pyothorax bedingt Thorakotomie; Pneumothorax und Hautemphysem werden nicht angegriffen. — Von den 33 Bauchverletzungen waren 13 perforierende Schußwunden; 6 Projektile blieben nahe dem Einschuß stecken, während 12 den Weg durch die Bauchdecken zurücklegten, ohne die Bauchhöhle zu eröffnen, einmal riß ein Granatsplitter einen Teil der Bauchdecken weg, einmal handelte es sich um eine Kontusion durch auftreffende Erdmassen. In 10 Fällen traten komplizierende Erscheinungen auf, die teils auf eine Peritonitis schließen ließen (6), teils in Kotfisteln zum Ausdruck kamen (2) oder auf eine Verletzung des Urogenitalapparates hindeuteten (2). Für die Gefährdung Bauchverletzter durch den Transport wird ein Schulbeispiel angeführt. Der Mann wurde „ein Opfer des Transports". Kotfisteln können auch ohne plastische Operationen zur Ausheilung gebracht werden. Wunden der Blasenwand können schnell und reaktionslos verkleben. Bauchdeckenspannung kommt auch bei Thoraxverletzungen vor. Die Gefahr der Bauchdeckenabscesse ist nicht zu unterschätzen. Abscesse, ob mit Darminhalt vermengt oder durch Infektion vom Geschoß hervorgerufen, sind das einzige Moment, welches den Chirurgen im Etappenbereiche bei Abdominalverletzungen zu einem Eingriffe zwingt. Primär können Blutungen eine Indikation zum Bauchschnitt abgeben. Im übrigen hält Suchanek an der streng konservativen Behandlung fest. Einer von den 177 Thoraxverletzungen (metastatische Lungengangrän) und 2 von den 33 Bauchverletzungen starben (diffuse Peritonitis und Aneurysma). Die Prognose der Kriegsverletzungen an Bauch und Brust, soweit die Verletzten in ärztliche Behandlung kommen, ist günstig. *zur Verth* (Kiel).

Oeconomakis, Milt.: Über traumatische Lähmungen der peripheren Nerven nach Schußverletzungen. (Erfahrungen aus den letzten Balkankriegen.) Neurol. Zentralbl. Jg. **33**, Nr. 8, S. 486—491. 1914.

Oeconomakis hat 275 Fälle traumatischer peripherer Lähmungen gesehen. Die in kurzer Frist zurückgehenden und ohne wesentliche Veränderung der elektrischen Erregbarkeit bestehenden sind nicht mitgezählt. Bei seinen Fällen handelte es sich immer um degenerative Lähmungen mit kompletter Entartungsreaktion. Die zahlenmäßige Verteilung auf die einzelnen Nerven muß im Original nachgesehen werden. Es handelte sich entweder um primäre Verletzungen der Nerven oder um Narbenumschnürungen oder um Schockwirkungen, die dadurch entstanden waren, daß meistens Infanteriegeschosse in nächster Nähe hindurchgegangen waren. Das Resultat ist bei allen drei gleichmäßig eine sofortige und komplette Lähmung. Nur zweimal trat in den nächsten Tagen die Lähmung allmählich ein. Im Augenblick der Verwundung nur das Gefühl des Schlages, keine Schmerzen, letztere auch später nicht trotz starker narbiger Einschnürung. Schmerzen immer bedingt durch Neuritis. Muskelcontracturen sind äußerst selten, ebenso trophische Störungen. Selbst da, wo vollständige Durchtrennungen sind, fehlen ausgesprochene trophische Störungen. Das klinische Bild wird dadurch verschleiert, daß sowohl bei der direkten als indirekten Lähmung die Schockwirkung hinzukommt. Letztere geht gewöhnlich in einem Zeitraume von 1—3 Wochen zurück. Aber auch nach Schwinden derselben Entscheidung, ob direkt oder indirekt, meistens unmöglich. Das einzige Unterscheidungsmittel ist: Bei schwerer Läsion oder kompletter Durchtrennung tritt früh schon im Anfang des zweiten Monats eine Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit ein. Die Umkehr der Zuckungsformel für den galvanischen Strom war wie gewöhnlich meistens ohne Bedeutung in diagnostischer Hinsicht, da sie schon bei ganz leichten Läsionen vorkommen kann. — 62 Operationen, darunter 43 Nervennähte, 19 Neurolysen in der Mehrzahl von Prof. Gerulanos ausgeführt. Über Enderfolge kann er nicht sprechen, da die Zeit zu kurz. Hervorgehoben aber sei, daß die Neurolysen meistens die gewünschten Erfolge nicht hatten. Bei der zweiten Operation zeigte sich nämlich, daß der das erstemal weiche, scheinbar nicht veränderte Nerv hart und bindegewebig entartet war. O. meint, daß ein grundsätzlicher Unter-

schied in den Narben bei einer Schußverletzung gegenüber den bei Friedensverletzungen bestehe. Wahrscheinlich komme eben immer durch das rasche Durchschlagen des Geschosses eine primäre Schädigung der Nerven zustande. Über die Fernresultate wird später berichtet werden. *Franz* (Berlin).

Gerulanos, M.: Beobachtungen über Verletzungen der peripheren Nerven während der Balkankriege. Chir. Kong.

Es wurden 68 Fälle beobachtet, davon 50 Fälle operiert. Es entfallen 16 Fälle auf den Plexus brachialis in der Supraclaviculargegend, 15 in der Infraclavicular- und Achselgegend, 20 auf die Oberarmnerven und 8 auf den Ischiadicus. Die Nervenbefunde bestanden in Durchschüssen durch den Stamm, Zerreißungen, Durchspießungen auf einen benachbarten Knochen, Schädigung durch den Druck eines Aneurysmas und vor allem in Zerstörung durch den Narbencallus. Selbst Stämme wie der Ischiadicus können von den Narben umschlossen, umschnürt, durch das Hineinwachsen derselben völlig zerstört werden. Als Zeitpunkt der Operation muß die 4.—6. Woche nach der Verletzung angegeben werden, falls bis dahin keine nennenswerte Besserung eintritt und eine rasche Abnahme der galvanischen Erregbarkeit festgestellt wird. Durch Längsschnitte über die geschädigte Nervenpartie kann eventuell festgestellt werden, ob eine Zerstörung vorliegt und eine Resektion ausgeführt werden soll. Die Anfrischung zur Naht geschieht nicht durch völlige Abtrennung des die Nervenstümpfe vereinigenden Narbengewebes, sondern zunächst durch Einschnitte bis zu $^3/_4$ der Nervendicke. Erst nach Anlegung der ersten Nähte wird das Zwischenstück völlig abgetrennt. Dadurch werden Entspannungsnähte überflüssig, einer Drehung der zu vernähenden Nervenenden wird vorgebeugt und eine bessere Adaption unter tunlichster Berücksichtigung der Innentopographie des Nerven im Sinne Stoffels angestrebt. Außer der direkten Naht ist oft Plastik mit Lappenbildung, Ersatz durch Catgutfäden, seitliche Implantation beider Enden in einen benachbarten Stamm oder eines kleineren Astes in den Hauptstamm ausgeführt. Über die Erfolge zu berichten, ist die dazwischenliegende Zeit zu kurz, immerhin unter 25 nachuntersuchten Fällen sind 9 Heilungen, 13 in Heilung begriffene Fälle und nur 2 Mißerfolge zu verzeichnen.

Diskussion: Colmers-Coburg berichtet über seine Erfahrungen bei der Behandlung der peripherischen Nervenverletzung im Kriege. *Katzenstein* (Berlin).

Saar, Günther Freiherr v.: Zur Behandlung der Schußfrakturen der Extremitäten im Kriege. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 91, H. 1/2, S. 351—372. 1914.

Tätigkeit während 1 Monats im Reservehospital in Belgrad. Extremitätenverletzungen schwanken zwischen der Hälfte und Dreiviertel der Gesamtverletzungen. Schußfrakturen belaufen sich auf $^1/_5$ sämtlicher Verletzungen überhaupt. Unter den 518 Extremitätenverletzungen sah v. Saar 84 Frakturen, davon 40 der oberen, 44 der unteren Extremitäten. Röntgenuntersuchung wissenschaftlich sehr interessant, aber selbst in stehenden Lazaretten für die Frakturbehandlung entbehrlich. v. S. legt den Wert auf Improvisationen mit einfachen Mitteln. Hohe Humerusfrakturen sind zu behandeln mit der doppelten Rechtwinkelschiene nach Christen, die der Diaphysen mit der v. S. improvisierten Gabelextensionsschiene, die der von Borchgrevink nachgebildet ist und deren Einzelheiten im Original nachgesehen werden müssen. Die Frakturen am unteren Humerusende sind mit der doppelten Rechtwinkelschiene und doppeltem Extensionszug zu behandeln. Die Vorderarmfrakturen behandelt v. S. zur Vermeidung eines Brückencallus ebenfalls mit einem Extensionsverband, und zwar einer einfachen Rechtwinkelschiene in ähnlicher Anordnung wie Borchgrevink. Die Erfolge mit der Extensionsbehandlung waren nicht nur hier, sondern auch an Mittelband und Fingern gut. Untere Extremität. v. S. betont, daß hier nicht nur der erste Verband, sondern auch die weitere Behandlung für den Verletzten von fast gleicher Wichtigkeit ist. Zur Behandlung der Oberschenkelfrakturen wurde die Methode von Florschütz verwandt, die Semiflexion, Suspension

und Extension vereinigt. Als Transportverband für Oberschenkelfrakturen empfiehlt er den Hackerschen Verband. Dieser besteht aus einer langen, zweifingerbreiten Holzlatte, die oben mit einer Einkerbung, unten mit einem Nagel versehen ist, und an der Außenseite angelegt von der Nabelhöhle bis über den Fuß hinaus reicht und eine einfache Extension gestattet. Dieser Verband unterscheidet sich übrigens nicht von dem alten Esmarchschen Oberschenkelfrakturen-Transportverband. Erwähnung der von Weissenstein angegebenen Adaption der militärischen Feldtrage zum Transport der Frakturen der unteren Extremität, bei der die Tragstangen als Außenschienen dienen. Bei den Unterschenkelfrakturen empfiehlt er für die infizierten Fälle gefensterte Gipsverbände mit Aluminiumbügel, für die nicht infizierten die Brettlextension mit Zug am Oberteil des Schuhs, namentlich bei Brüchen im unteren Drittel. — Im allgemeinen will er vom Gipsverband nur dann Gebrauch gemacht wissen, wenn die Infektion einen häufigeren Verbandwechsel notwendig macht. Beleuchtung der dienstlichen für die österreichische Armee gegebenen „Anleitung für die kriegschirurgische Tätigkeit auf dem Schlachtfelde", in welcher nach seiner Ansicht die Gips- und Pappschienenverbände zu sehr prävalieren. *Franz* (Berlin).

Chir. Kong. **Friedrich: Die Schußverletzungen der unteren Extremität.**

Er zeigt sehr brauchbares Schienenmaterial und verwirft den Gipsverband als ersten Transportverband. *Katzenstein* (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Starkenstein, E.: Untersuchungen über die Magnesiumnarkose 1. (*Pharmakol.-pharmakogn. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. 28, Nr. 2, S. 63 bis 70. 1914.

Die Tierversuche Starkensteins an Kaninchen verfolgten den Zweck, festzustellen, ob die narkotische Wirkung der Magnesiumsalze eine zentrale oder eine periphere, kurareartige sei. S. bediente sich dabei der antagonistischen Methode und zog zum Vergleich Kurare, Paraldehyd und Chloralhydrat heran. Die Ergebnisse waren folgende: Während durch Campher die Paraldehyd- und Chloralnarkose antagonistisch beeinflußt wird, ist dies bei der Magnesiumnarkose nicht der Fall. Während Physostigmin durch Paraldehyd oder Chloral narkotisierte Tiere nicht erweckt, ist dies sowohl bei Kurare wie bei Magnesiumsalzen der Fall. Während Physostigmin bei kuraresierten Kaninchen ebenso wie bei normalen Muskelschwirren hervorruft, ist dies bei Tieren, die durch Magnesium gelähmt sind, nicht der Fall, ebenso wenig oder nur schwach bei Tieren, die durch Paraldehyd oder Chloralhydrat narkotisiert sind. Phenol bewirkt in kleinen Dosen bei normalen und bei kurarisierten Kaninchen Muskelschwirren, nicht aber bei den durch Magnesium oder durch Paraldehyd gelähmten Tieren. Unterwirksame Dosen von Kurare und Äther ebenso wie unterwirksame Dosen von Magnesium und Äther erzeugen kombiniert vollständige Narkose. Nach diesen Versuchen kann die Magnesiumnarkose weder als eine rein zentrale, noch als eine rein periphere angesehen werden, es werden vielmehr alle Teile des Nervensystems in ihrer Erregbarkeit herabgesetzt. *M. v. Brunn* (Bochum).

Moteki, K.: Statistische Mitteilungen über allgemeine Narkose. Nippon-Geka-Gakkai-Zasshi, Bd. **14**, Nr. 6, S. 1—47. 1914. (Japanisch.)

Verf. machte in der 1. chirurgischen Universitätsklinik in Tokio eine kasuistische Beobachtung über 2076 Fälle von allgemeiner, einfacher und gemischter Narkose mit oder ohne subcutane Injektion und Sauerstoffinhalation. Aus seiner Arbeit kann man folgenden Schluß ziehen: 1. Unter den allgemeinen Narkosen ist die Sauerstoff-Äther-Chloroformnarkose am besten, die einfache gemischte Narkose von Äther und Chloroform tritt erst an zweite Stelle. 2. Bei kombinierter subcutaner Applikation von Narkoticis ist das Resultat immer vortrefflich, namentlich die Pantopon-Scopolamin-

Injektion oder Pantoponinjektion sind sehr angenehm. 3. Bei der Kombination der lokalen Anästhesie mit der allgemeinen Narkose kann man mit den Narkoticis sehr sparen. Verf. ist der Meinung, daß es die beste, sicherste Methode sei, die Operation unter lokaler Anästhesie nach Pantopon-Scopolamininjektion zu beginnen und, wenn der Schmerz unerträglich, dann erst die allgemeine Narkose zu brauchen. Oyama (Tokio).

Gamolko, I. A.: Zur Frage der allgemeinen Anästhesie. Therapewtitscheskoje Obosrenje Jg. 7, Nr. 6, S. 179—183 u. Nr. 7, S. 212—218. 1914 (russisch).

Kritische Besprechung der gegenwärtig angewandten Allgemeinnarkosen auf Grund der Literatur und eigenen Materials. Verf. kommt zum Schluß, daß nach Möglichkeit in Lokalanästhesie und Scopolamin-Morphium resp. Pantoponnarkose operiert werden solle, und nur dort wo diese Methoden nicht anwendbar seien oder versagen, zum Chloroform, Hedonal oder Äther gegriffen werden solle. *Riesenkampff* (St. Petersburg).

Karakacheff, C.: Études d'anesthésies mixtes chloral-protoxyde d'azote et morphine-protoxyde d'azote. (Studien über Anästhesie durch Mischung von Chloral-Stickstoff-Protoxyd und Morphium-Stickstoff-Protoxyd.) Dissertation: Lausanne 1913, 15 S.

Stickstoffprotoxyd ist als Anästheticum dem Chloroform, Äther, Chloral nicht gleichwertig. *Fritz Loeb* (München).

Gourfinkel, A.: Études sur l'anesthésie chloral-chloroforme. (Über Chloral-Chloroform-Anästhesie.) Thèse de Lausanne 1913, S. 18.

Untersuchungen an Meerschweinchen und Tauben mit wässeriger 1 proz. Chlorallösung in intraperitonealer Injektion haben ergeben, daß beim so behandelten Tier die Chloroformanästhesie rascher eintritt als beim nicht mit Chloral behandelten. Es gelingt mit Chloral behandelte Tiere noch mit Chloroformmengen zu narkotisieren, die bei nicht unter Chloralwirkung stehenden versagen. Die Narkose tritt um so schneller ein, und die Chloroformmenge ist um so geringer, je größer die Menge des injizierten Chlorals ist. Der Zustand nach der Narkose unterscheidet sich nicht bei oder ohne Chloralwirkung. *Fritz Loeb* (München).

Keim, K. F.: Die Scopolamin-Morphium- und die Scopolamin-Pantoponnarkose in Verbindung mit Inhalationsanästheticis. (*Marienhosp., Stuttgart.*) Dissertation: Heidelberg 1913, S. 40.

In allen Fällen nach vorheriger Scopolamin-Morphiumeinspritzung wesentliche Herabsetzung der Zeit bis zum Eintritt der tiefen Narkose (als beim Äther allein). — Vorteile der Scopolamin-Morphium- und der Scopolamin-Äthernarkose: Wegfallen der psychischen Erregung für den Pat. vor, während und nach der Operation, geringe Gefährlichkeit der Narkose während der Operation, fast gänzliche Beseitigung postoperativer Gefahren, Erbrechen, Blutungen, Pneumonien, Wundschmerz. Die Scopolamin-Morphium- und insbesondere die Scopolamin-Pantoponnarkose haben keine strikte Kontraindikation (Pat. mit nicht ganz einwandfreiem Cor und heruntergekommene Kranke mit eingeschlossen). Das Pantopon gewährleistet als Gesamtopiumalkaloid die weitere Verminderung des Erbrechens, den Wegfall der Verstopfung, die weniger schlafmachende Wirkung, die geringere Giftigkeit, die wohltuende Wirkung beim Erwachen. Nachteile: oft sehr lästiges Durstgefühl, Gefahr der Oligopnoe. — Technik: Männer erhalten $1^1/_2$ Stunden vor Beginn der Operation eine Ampulle Hoffmann-La Roche-Scopolamin-Pantopon und eine Stunde später eine Tablette Zellerschen Hyoscin, zusammen 0,04 Pantopon und 0,0009 Scopolamin. Frauen 1 Stunde vor der Operation 1 Ampulle = 0,04 Pantopon und 0,0006 Scopolamin. *Fritz Loeb* (München).

Lemoine, G.: L'anesthésie régionale et locale en urologie. (Regionäre und lokale Anästhesie in der Urologie.) Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 5, S. 569—583. 1914.

Verf. hat seit einiger Zeit die Allgemeinnarkose für das fragliche Gebiet vollkommen verlassen und nimmt Nephrektomien, Sectio alta, Prostatektomie, Operationen an Urethra, Testes und Penis nur noch in lokaler oder zentraler Stammanästhesie vor, die sich auch für schmerzhafte Uretersondierungen, und intravesicale Operationen bewährt hat. Die geringe Giftwirkung des Novocain-Suprarenin gestattet die Ausdehnung der Operation auf Fälle, die wegen schlechten Allgemeinzustandes in Narkose nicht mehr operabel wären. Für die am meisten verwendete Technik der Einspritzung an die Nervenstämme werden zunächst die Nervenversorgungen der einzelnen in Frage kommenden Operationsgebiete an Abbildungen festgelegt und die für jeden Eingriff notwendigen, zu umspritzenden Nerven bezeichnet. Für Operationen an Scrotum

und Penis kommen auch Umspritzungen des ersteren an der Basis und Unterbrechung des Nervus genitocruralis im Canalis inguinalis in Frage. Verf. verwendet u. U. große Mengen einer $^1/_2$—2proz. Novocain-Suprarenin-Lösung und Nadeln von 0,5—0,7 mm Durchmesser und 3—9 cm Länge je nach der Tiefe, in der die Nervenstämme getroffen werden sollen. Es folgen schließlich mit zahlreichen Abbildungen sehr genaue Angaben über die Einstichstellen und die weitere Technik der Anästhesierung nach der Methode Sellheim-Kappis und nach Hackenbruch. Da Verf. mit der epiduralen Methode nach Läwen eine schwere Totallähmung mit vorübergehendem bedrohlichem Allgemeinzustande erlebte, wohl infolge Eindringen der Lösung in den nachweislich nicht eröffneten Duralsack, hat er sich nicht wieder zu dem Vorgehen entschließen können. *Hoffmann* (Dresden).

Desinfektion und Wundbehandlung:

Candler, A. L.: Experimental proof of the value of a mask over the surgeon's mouth during operations. (Experimentelle Untersuchungen über den Wert von Gesichtsmasken während der Operation.) Brit. med. journ. Nr. 2786, S. 1121 bis 1122. 1914.

Verf. benutzte den Bacillus prodigiosus, mit dessen in Wasser aufgeschwemmten Kulturen er den Operateur den Mund spülen und gurgeln ließ. Er hielt Prodigiosus für geeignet, weil er ungiftig ist, im Mund normalerweise nicht vorkommt, außerdem in schon makroskopisch unterscheidbaren Kulturen wächst. Es wurden Agarschalen benutzt, die 45 cm vom Mund entfernt gehalten wurden, auf die dann mit und ohne Maske gesprochen, geatmet, gehustet und geniest wurde. Als Maske wurde eine das ganze Gesicht bedeckende Maske aus Gaze benutzt, und zwar einmal in einer Dicke von 4 und einer solchen von 8 Lagen. Die Resultate sind derart, daß sich feststellen ließ, daß bei ruhiger Atmung und bei ruhigem Sprechen sowohl ohne wie mit Maske keine Bakterien auf die Platten geworfen wurden; gefährlicher war Husten, wobei auch durch die vierfache Maske noch etwas hindurchging; am gefährlichsten war Niesen, hiergegen konnte auch die achtfache Maske keinen vollkommenen Schutz gewähren. *Neumann* (Heidelberg).

Vannier, I. B.: Contribution à l'étude de la désinfection par l'alcool. (Zur Alkoholdesinfektion.) Thèse: Paris 1913, Nr. 296. 68 S.

Reich-Brutzkus, Betta: Über eine modifizierte Grossichsche Jodtinkturdesinfektion bei Operationen. (*Inselspital, Bern.*) Dissertation: Bern 1913, 20 S.

Auf Veranlassung von Tavel hat Verf. gestützt auf die Arbeit von Walther die gleichen histologischen Untersuchungen mit einigen Modifikationen der Grossichschen Methode ausgeführt, die Walther (23. congr. de chir., Paris 1910) und Tourraine unverändert ließen. Die Modifikationen sind folgende: 1. Grossich, Walther u. a. nahmen 10% oder 12% offizielle Jodtinktur — in der Tavelschen Klinik wird eine Mischung von: Jodi puri 3, Alc. abs. 10, Chloroform 90 gebraucht. — 2. Nach genannten Autoren soll die Jodtinktur 10 Minuten einwirken; in der Tavelschen Klinik ist die Jodwirkung verschieden, selten 10 Minuten, meist 5 Minuten, auch 2 Minuten und in Notfällen 1 Minute. — Nach den gleichen Autoren werden 2 Jodanstriche gemacht, ein dritter nach Schluß der Wunde; Tavel macht kurz vor der Incision einen Jodanstrich. — 4. Nach Grossich wird der Jodanstrich mit 96% Alkohol nicht abgerieben, wie es in der Tavelschen Klinik, um Ekzeme zu vermeiden und wegen ev. Schleimhautkatarrhe, geschieht. — Es ergaben sich u. a. folgende Tatsachen: Die Jodtinktur muß mindestens 5 Minuten lang einwirken, um die Bakterien in ihrer Bewegung und im Weiterwachstum zu hemmen und sie zu töten. In den 100 Fällen, die Verf. in der Tavelschen Klinik beobachtete, unterschied sich die Wundheilung klinisch durchaus nicht, wenn das Abreiben der Jodalkoholchloroformlösung mit 96% Alcohol schon früher als nach 5 Minuten vorgenommen wurde. An der Tavelschen Klinik wurden sehr selten Ekzeme durch den Jodanstrich hervorgerufen. Auch bei der Anwendung von 12% Jodtinktur. Bei Darmoperationen wird streng darauf geachtet, daß die eviszerierten Eingeweide in feuchtwarme Kompressen gehüllt sind und möglichst nie auf die bloße Haut zu liegen kommen. Darum sehe man nie in der Tavelschen Klinik solche schlimmen Resultate der Jodtinkturdesinfektion, wie sie manche Chirurgen angeben (Hindenberg, Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1910; Propping, Zentralbl. f. Chir. Nr. 19, 1911). — Das Jod durchdringt das Stratum lucidum

und es ist anzunehmen, daß es auch das Rete Malpighi durchdringt. — Verf. hält die Jodtinkturdesinfektion in der Form von Grossich für die schnellste und sicherste. *Fritz Loeb* (München).

Van Tienhoven, A.: „Mastisol-Öttingen" in der Verband- und Operationstechnik. Hamburg. med. Überseeh. Jg. 1, Nr. 2, S. 91—94. 1914.

Verf. hebt die Bedeutung des Mastisols für die Chirurgie in den Tropen hervor, die vor allem darin besteht, daß dieses Mittel eine Händedesinfektion und eine Wundversorgung zuläßt, die unabhängig vom Wasser durchzuführen ist. Auch ein zweiter Punkt, die Entbehrlichkeit von Bindenverbänden fällt für die chirurgische Praxis in den Tropen sehr ins Gewicht. Endlich leistet Mastisol auch bei der Fußpflege in tropischen Ländern gute Dienste. *Genewein* (München).

Zimmermann, A.: Une nouvelle méthode de traiter les plaies et blessures. (Eine neue Methode, Verletzungen und Wunden zu behandeln.) Journ. de méd. de Paris Jg. 34, Nr. 18, S. 350—354. 1914.

Nachdem Zimmermann die bekannten Grundsätze der möglichst schonenden Behandlung von Wunden und der Vermeidung von Antisepticis bei frischen Wunden dargelegt hat, kommt er auf die Jodtinkturdesinfektion zu sprechen, an welcher er die Gefahr von Hautreizungen tadelt. Er warnt vor dem Einbringen der Jodtinktur in die Wunden und vor der Anwendung des Verfahrens durch Laien. Für die ideale Methode der Wundbehandlung erklärt er schließlich die mechanische Asepsis, das heißt die Bakterienarretierung durch Verwendung einer Klebemasse. Seine Grundsätze der Wundbehandlung gipfeln in folgenden drei Forderungen: Fixierung der Keime auf der Haut; Fixierung des Verbandes auf der Wunde; Fixierung des verletzten Gliedes. Diese mechanische Asepsis Z's. bewegt sich also vollständig in den durch v. Oettingen vorgezeichneten Bahnen. Sein Fixierungsmittel nennt Z. „Aseptofix", ohne dessen Zusammensetzung anzugeben. Auch die genannten Behandlungsgrundsätze sind wörtlich die v. Oettingen's. Merkwürdigerweise wird jedoch der Arbeiten v. Oettingen's mit keinem Worte Erwähnung getan. *M. v. Brunn* (Bochum).

Sandfort, Barthe de: La kérithérapie. Nouvelle thermothérapie par les paraffines. (Die Keritherapie. Eine neue Thermotherapie mittels Paraffin.) Journ. de méd. de Paris Jg. 34, Nr. 13, S. 249—250, u. Nr. 19, S. 375—377. 1914.

Unter Keritherapie — Cer-Wachs — gibt Verf. eine von ihm schon seit Jahren empfohlene, bisher aber nur wenig angewandte Methode bekannt, bei der es darauf ankommt, geschmolzenes Paraffin von 50°, das ja seine Wärme lange beibehält, bei den verschiedensten Erkrankungen: Ulcus cruris, Verbrennungen usw., als lokales Kataplasma zu benutzen. *Valentin* (Berlin).

Sboromirski, G. P.: Desodorol, ein neues Desinfektionsmittel. Nowoje w Medizine Jg. 8, Nr. 7, S. 401—404. 1914. (Russisch.)

Verf. hat das Desodorol, das als Desodorol Beta und Zeta in den Handel gelangt, auf seine antiseptische und desinfizierende Fähigkeit geprüft. Das Desodorol Beta wirkt etwas schwächer auf Bakterien als Carbolsäure, das Desodorol Zeta bedeutend stärker. Das Desodorol besitzt starke desodorierende Eigenschaften. *Riesenkampff* (St. Petersburg).

Manoiloff, C. O.: Die desinfizierende Wirkung des Desodorol Zeta. (*Klin. Inst. d. Großfürstin Helene, St. Petersburg.*) Wratschebnaja Gaseta Jg. 21, Nr. 17, S. 676 bis 678. 1914. (Russisch.)

Autor hat mit einer Reihe von Bakterien Versuche über die Wirkung des Desodorol Zeta in der Weise angestellt, daß das Desinfizienz zu einer 2tägigen Bouillonkultur der betreffenden Bakterien hinzugesetzt wurde. In bestimmten Zeitabständen wurden 2 Ösen der Mischung entnommen und in reinen Bouillon übergeführt. Von den zahlreichen Versuchen seien nur folgende hier angeführt: Bac. typhi abd. wird durch eine 1proz. Lösung in 5 Minuten, durch eine 5proz. Lösung in 2 Minuten getötet. B. anthracis wird durch eine 1proz. Lösung auch in 4 Tagen nicht getötet, durch eine 2proz. Lösung in 12 Stunden, durch eine 4proz. Lösung in 6 Stunden getötet. Streptokokken werden durch eine 1proz. Lösung in 15 Min., durch eine 3proz. Lösung in 10 Min., durch eine 4proz. Lösung in 5 Min. getötet. Staphylokokken werden durch eine 1proz. Lösung in 48 Stunden, durch eine 2proz. Lösung in 10 Min., durch eine 3proz. Lösung in 5 Min. und durch eine 4proz. Lösung in 2 Min. getötet. Im Gegensatz hierzu führt Autor an, daß eine 5proz. Karbolsäurelösung Typhusbacillen in 30 Min. tötet, Staphylokokken in 10 Min., Streptokokken werden durch eine 1proz. Karbol-

säurelösung in 40 Min. getötet. Demnach ist die desinfizierende Wirkung des Desodorols stärker, als die der Karbolsäure. Was die Giftigkeit des Mittels betrifft, so verträgt ein 1800—2400 g schweres Kaninchen 0,2—0,3 g der reinen Substanz subcutan ohne Schaden, ebenso wurde 1 ccm einer 2proz. Lösung intravenös vertragen, dagegen tötete 1 ccm einer 10proz. Lösung intravenös die Tiere. Als weiteren Vorzug des Desodorols Zeta führt Autor die gute Löslichkeit desselben in Wasser an.

v. Holst (Moskau).

Bartlett, Willard: A simple heat method of sterilizing and storing catgut after ten years' use of it. (Eine einfache Methode der Sterilisierung von Catgut durch Hitze und seiner Aufbewahrung; bewährt in 10jährigem Gebrauch.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 5, S. 633—634. 1914.

Bartlett beschreibt seine Methode der Catgutsterilisation und Aufbewahrung, für die wohl die beste Empfehlung ist, daß die Brüder Mayo in Rochester sich ihrer seit 10 Jahren bedienen. Die Rohcatgutfäden werden in 4 Teile geteilt und jeder für sich zu einer Rolle aufgewickelt. Darauf Sterilisierung im Trockensterilisator je eine Stunde lang bei 80°, 90°, 100°, 110°. Übertragen der Rollen in Paraffinum liquidum bis zur völligen Aufhellung, was einige Stunden dauert. Danach im Sandbad 2 Stunden lang bei 160° Erhitzen. Aufbewahren in einer Auflösung von Jod in geruchlos gemachtem Methylalkohol. Die Konzentration richtet sich nach der Stärke des Fadens, sie beträgt 1:700 bei 00 und 1:200 bei 4. *Marcuse* (Berlin).

Chir.Kong. **Sprengel: Die Beschleunigung der Heilung granulierender Wundflächen durch Teilung.**

Obwohl das Problem, granulierende Wunden zu schneller Vernarbung zu bringen, im allgemeinen als gelöst gelten kann, bleiben gewisse Fälle übrig, die nicht befriedigen, sei es, daß das Wundgebiet zu groß, oder daß besondere Umstände ein widerstandsfähigeres Material verlangen. Für diese Verhältnisse empfiehlt Vortr. die Teilung der großen Wunde durch einen oder mehrere durch die Wundfläche quer hindurchgelegten Hautlappen. Man kann entweder einen großen Lappen von einer Seite oder, was sicherer ist, zwei entsprechend kürzere Lappen von beiden Seiten mit kräftigem, gut genährtem Stiel bilden und sie in der Mitte der Wunde vereinigen. Die Granulationen werden nur entsprechend der Breite der Lappen grabenförmig ausgeschnitten. Das Prinzip der Operation beruht darin, daß künstlich außer den schon bestehenden noch mindestens zwei neue Wundränder gebildet werden, von denen aus die Narbenbildung in geradezu überraschender Weise beschleunigt wird. Einzelne Fälle, insonderheit von Hautverletzungen über Gelenken, werden im Bilde vorgeführt. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Tiegel: Über Behandlung von Abscessen mit Spreizfedern.**

Während die Tramponade die Sekrete oft zurückhält, gelingt es durch die vom Redner angegebenen Spreizfedern und entsprechende Lagerung denselben freien Abfluß zu gewähren, wodurch eine ganz wesentliche Verkürzung der Behandlungsdauer erreicht wird. Kuhn-Berlin erinnert an die Zuckerbehandlung sezernierender Wunden; die Hauptnoxe sieht er in dem entstehenden Alkali und glaubt, daß die aus dem Traubenzucker entstehenden Säuren dieses binden und die Toxine an ihrer Wirkung hindern.

Katzenstein (Berlin).

Chir.Kong. **Steinmann, F.: Eine neue Behandlung stinkender Abscesse.**

Vortr. leitet zur Behandlung stinkender Abscesse einen kontinuierlichen Sauerstoff- oder Luftstrom in den Grund des Abscesses. Das geschieht dadurch, daß in den bis auf den Grund des Abscesses reichenden möglichst weiten Kautschukdrain ein feinerer Gummikatheter eingeführt wird, welcher durch eine Schlauchleitung mit einer Sauerstoffbombe bzw. einem Wasserluftgebläse in Verbindung steht. Der anhaltende Sauerstoff- oder Luftstrom wirkt austrocknend, fördert mechanisch die Herausschaffung des Sekrets und tötet die anaeroben Bakterien. Der Effekt ist ein rasches Verschwinden des Geruchs und der Sekretion, so daß nach kurzem der Drain täglich verkürzt und gewöhnlich nach wenigen Tagen entfernt werden kann. Das Verfahren, welches einige Technik und genaue Überwachung durch das Personal oder den Patienten selbst erfordert, ist imstande, die Heilungsdauer der stinkenden Abscesse um die Hälfte oder

mehr abzukürzen. Es kann mit Sauerstoff in jedem Privathause durchgeführt werden. Im Spital oder Privathaus kann ein den Luftstrom lieferndes Wassergebläse (Münchnergebläse) an jede Waschgelegenheit angeschlossen werden. *Katzenstein* (Berlin).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Dukes, Charles Alfred: An improved surgical needle. (Verbesserte chirurgische Nadel.) Americ. journ. of surg. Bd. 28, Nr. 5, S. 201. 1914.

Halbkreisförmig gebogene Nadel, stumpf, mit großem, nach der Krümmung schauendem Öhr aus biegsamem Stahl ohne sonstigen Metallüberzug. *Gümbel* (Bernau).

Melocchi F.: L'esame retto-sigmoidoscopico. (Die Untersuchung mit dem Recto-Romanoskop.) (*Istit. di clin. med. gen., univ., Parma*). Tommasi Jg. 9, Nr. 8, S. 166—174. 1914.

Beschreibung des Straussschen Instruments, an dem Verf. unwesentliche Änderungen vorgenommen hat, der Methode und der Diagnostik. *Nägelsbach* (Erlangen).

Radiologie:

● **Fürstenau, R., M. Immelmann und J. Schütze: Leitfaden des Röntgenverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1914. XII, 402 S. M. 12.—.

Das vorliegende Buch ist mit Freude zu begrüßen; bringt es doch alles, was zum selbständigen Arbeiten im Röntgenlaboratorium nötig ist, in klar übersichtlicher, erschöpfender und vor allem leicht faßlicher Form. Verff. haben das Buch für das röntgenologische Hilfspersonal bestimmt, doch wird es auch dem Studenten und dem praktischen Arzt, der sich mit Röntgenologie zu beschäftigen anfängt und im Kleinbetrieb alles machen muß, ein empfehlenswerter und zuverlässiger Ratgeber sein. Besonders gilt dies für den physikalischen Teil, den Fürstenau-Berlin bearbeitet hat. Selbst dem Studierenden fällt es häufig schwer, die komplizierten Kapitel der Physik der Röntgenstrahlen in sich aufzunehmen; hier füllt das Buch eine fühlbare Lücke aus, indem es in auch dem Laien leicht verständlicher Form, ich möchte sagen im Plauderton, das Wesentliche bringt, so daß man es gern und ohne Ermüdung liest. Zahlreiche Abbildungen und Zeichnungen fördern das Verständnis. Der zweite Teil, von Immelmann und Schütze bearbeitet, bringt zunächst einen Überblick über die Anatomie, soweit sie zur Beurteilung von Röntgenbildern für das Hilfspersonal in Betracht kommt. Korrespondierende anatomische Abbildungen und typische Röntgenogramme erleichtern die Anschauung. Besondere Sorgfalt ist dann der Einrichtung von Röntgenlaboratorien gewidmet; es werden sämtliche Hilfsapparate aller Systeme eingehend beschrieben, durch Abbildungen vor Augen geführt und in ihrer Anwendung besprochen. Auch der Hygiene des Röntgenzimmers, den Schutzvorrichtungen, dem Verhalten des Hilfspersonals gegen Ärzte und Patienten sind ausführliche Kapitel gewidmet. Es folgt eine eingehende Besprechung der Anfertigung von Aufnahmen aller Körperregionen einschließlich der Zahnaufnahmen und der Darstellung der Hohlorgane. Bei der Besprechung des photographischen Teils: Negativ-, Positiv- und Diapositivverfahren, Verstärken und Abschwächen, Beurteilung fehlerhafter Platten ist Wert darauf gelegt worden, ab ovo alles zu bringen, so daß auch der Unkundige in den Stand gesetzt ist, erfolgreich in der Dunkelkammer zu arbeiten. Weiter wird in sozusagen liebevoller Weise dem Personal die äußere und innere Pflege der Röntgenröhren ans Herz gelegt, die Regenerierung, Ausnutzung der Leistungsfähigkeit und Abhilfe bei Störungen besprochen. Auch das Kapitel über die Verwendung der Röntgenstrahlen zu Heilzwecken ist erschöpfend und hebt besonders eindringlich die auch dem Personal dabei zukommende Verantwortung hervor. Es ist nicht zu bezweifeln, daß das Buch seine Aufgabe durchaus erfüllt und von den Röntgenologen mit Vorteil ihrem Hilfspersonale zu eingehendem Studium empfohlen werden kann. *Thiemann* (Jena).

Budde, Max: Über die Schädigungen durch Thoriumpräparate vom forensischen Standpunkt. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. u. San.-Polizei Jg. 65, H. 2, S. 81—102. 1914.

Verf. teilt aus der Literatur drei tödlich verlaufene Fälle von Vergiftungen durch intravenöse Injektion von Thorium X mit. Die Vergiftung läßt sich vermeiden durch nicht zu rasche Aufeinanderfolge der Injektionen. Für die Beurteilung einschlägiger Fälle ist neben dem Nachweis der Radioaktivität maßgebend der klinisch erhobene Befund: Durchfälle, Leber- und Nierenentzündung — und das Ergebnis der Autopsie: Blutungen in die Magendarmschleimhaut, die Nieren, die Leber, die ableitenden Harnwege, parenchymatöse Degeneration von Leber, Nieren und Nebennieren, Blutung und Verflüssigung des Knochenmarks, auch Lungenkongestion und Lungeninfiltration. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Hirnhäute, Gehirn:

Hunt, J. Ramsay: The role of the carotid arteries in the causation of vascular lesions of the brain, with remarks on certain special features of the symptomatology. (Die Rolle der Carotiden bei Störungen des Gehirns infolge Blutgefäßveränderungen, mit Hervorhebung einiger spezieller Bilder der Symptomatologie.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. 147, Nr. 5, S. 704—713. 1914.

Ramsay gibt einen Überblick über die Gehirnerweichungssymptome, welche infolge der Abbindung, Verletzung oder Thrombosierung der Carotiden entstehen. Der Kollateralkreislauf durch den Circulus Villisii genügt nur bei jungen, mit kräftigem Herzen versehenen Personen, ist jedoch ungenügend bei älteren, sowie mit anatomischen Anomalien versehenen Individuen.

Mitteilung zweier Fälle, wo infolge traumatischer Läsion Thrombose der Carotis interna entstand und unter Gehirnerweichungssymptomen zu Tode führte. In einem Fall wurde der 32jährige Mann im Nacken durch Stich verletzt. Die entstehende Geschwulst wurde 6 Tage nach der Verletzung unterbunden, Tod 13 Tage nach der Operation. Im zweiten Falle erlitt der 14jährige Knabe eine Pfählungsverletzung im Gaumen (Schirmsprosse). Tod nach 2 Tagen. Bei der Autopsie Carotis gänzlich thrombosiert. *v. Lobmayer* (Budapest).

Schröder, P.: Großhirnveränderungen bei perniziöser Anämie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Greifswald.*) Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 35, H. 6, S. 543 bis 556. 1914.

Nonne, M., und Fr. Wohlwill: Über einen klinisch und anatomisch untersuchten Fall von isolierter reflektorischer Pupillenstarre bei Fehlen von Paralyse, Tabes und Syphilis cerebrospinalis. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Neurol. Zentralbl. Jg. 33, Nr. 10, S. 611—612. 1914.

Dieser Fall einer 38jährigen Potatrix, die vor 13 Jahren luetische Infektion durchgemacht hatte und mit Lungentuberkulose ins Krankenhaus kam, hatte als einzigen Befund am Nervensystem: Anisokurie, leichte Miosis, Entrundung der Pupillen, reflektorische Pupillenstarre beiderseits. Bei der 1 Jahr später vorgenommenen Autopsie — sie starb an ihrer Tuberkulose — konnten Paralyse, Tabes, Syph. cerebrospinal. sicher ausgeschlossen werden. Verff. deuten den Befund als klinisches Residuum eines früheren syphilitischen Prozesses. — Da die Liquorreaktion dauernd negativ blieb, so schließen sie, daß das Erlöschen des luetischen Prozesses anzunehmen ist, wenn die Liquorreaktionen negativ sind. *Ernst Schultze* (Berlin).

Myerson, A.: Results of the Swift-Ellis intradural method of treatment in general paresis. (Die Resultate der Swift-Ellisschen intraduralen Behandlungsmethode bei progressiver Paralyse.) Boston med. a. surg. journ. Bd. 170, Nr. 19, S. 709—718. 1914.

Verf. berichtet über 8 Fälle von progressiver Paralyse, welche nach der Swift-Ellisschen Methode der intraduralen Salvarsanseruminjektion behandelt wurden. Die Therapie ließ fast vollkommen im Stich, wenn auch in einigen Fällen die Wassermannsche Reaktion im Liquor negativ wurde, so blieben die klinischen Symptome fast durchwegs unbeeinflußt, so daß Verf. sich gegen die Anwendung der intraduralen Salvarsanseruminjektion bei progressiver Paralyse ausspricht. *Denk* (Wien).

Mackenzie, George W.: Report of a case of bullet wound of the frontal sinus and brain. (Kugel im Sinus frontalis, Anspießung des Gehirns durch Knochensplitter.) Interstate med. journ. Bd. 21, Nr. 5, S. 581—584. 1914.

Newmark, L.: Blindness following injuries to the back of the head. (Blindheit im Gefolge von traumatischen Verletzungen des Hinterhauptes.) California State journal of med. Bd. 12, Nr. 5, S. 183—185. 1914.

Ausführliche Mitteilung eines Falles von Kontusion des Hinterhauptes, welche zu einer vollkommenen Erblindung beider Augen bei normalem Spiegelbefund geführt hatte. Als Ursache der Erblindung nimmt Verf. eine Hämorrhagie in das Sehzentrum der Occipitallappen an. Nach einigen Wochen besserte sich der Zustand, indem zunächst ein kleines zentrales Sehfeld für weiß auftrat, welches sich allmählich erweiterte. Schließlich kehrte auch der Farbensinn wieder. Verf. berichtet noch über einen ähnlichen Fall aus der Literatur und über einen dritten, selbst beobachteten, aber nicht ganz einwandfreien Fall von occipitaler Amaurose, und glaubt auf Grund dieser drei Fälle die Prognose der leichteren traumatischen Läsionen des Hinterhauptlappens des Gehirns bezüglich der Wiederherstellung des Sehvermögens verhältnismäßig günstig stellen zu dürfen. *Denk* (Wien.)

Cole, Herbert P.: Hydrocephalus internus. Lumbar drainage by utilization of a meningocele sac as a drainage tube. (Hydrocephalus internus. Lumbale Drainage mittelst Verwendung eines Meningocelesackes als Drainrohr.) Illinois med. journ. Bd. 25, Nr. 5, S. 292—296. 1914.

Nach einer eingehenden Studie der Wege des Flüssigkeitskreislaufes des Gehirns, dessen Störung den Hydrocephalus internus verursacht, bespricht Autor die bisher verwendeten Operationsmethoden. So den von Bramannschen Balkenstich, die Drainage des Sinus longitudinalis nach Payr, und die Pussepsche Operation (subarachnoidale Drainage kombiniert mit subtemporaler Aspiration). Mitteilung des eigenen Falles: 6 Wochen altes Mädchen mit Hydrocephalus internus und Spina bifida occlusa thoracis et meningocele ibidem kyphosis, diplegia spastica). Eröffnung des Hydrocelesackes und kanalförmige Formation desselben, welcher Kanal dann zwischen die Rückenmuskulatur geleitet wird. Tod nach 26 Tagen. *v. Lobmayer.*

Borzekowska-Lewin, Chaja: Über einen Fall von glioblastischem Sarkom des Kleinhirns und der Brücke. (*Kinderkl. u. patholog. Inst., Zürich.*) Dissertation: Zürich 1913. 23 S. (J. J. Meier.)

Ein 4 Jahre altes, hereditär freies Kind erkrankt mit klonisch-tonischen Krämpfen, Schwindel, Ohnmacht, Erbrechen und Unmöglichkeit des Stehens oder Gehens ohne Unterstützung. Guter Ernährungszustand, aber ausgesprochene spastische Paresen. Reflexe gesteigert; Parese beider Abducentes und Lähmung des l. Facialis. Wegen Hirndruckerscheinungen palliativ operiert; bald wegen Verschlimmerung Dauerkanüle eingeführt. Meningitis. Exitus. Sektion: Tumor der l. Kleinhirnhemisphäre, der auf die andere Seite sich fortsetzt und durch die Kleinhirnschenkel auf die Hirnbrücke greift. Austrittsstellen der Nn. facialis, acusticus, glossopharyngeus, vagus und hypoglossus liegen in der Tumormasse. Bestätigung der Tatsache, daß bei Kleinhirntumoren fast nie Sensibilitätsstörungen vorkommen. Es bestanden weitere Symptome, die auf eine andere Herderkrankung hinwiesen: Bilateralstörungen (Kontralaterale). Reflexe auf beiden Beinen, Babinski, näselnde Stimme, allgemein klonische Krämpfe, Facialislähmung, Zwangsbewegung. Diese Symptome weisen auf eine Hirnbrückenerkrankung hin. Es wurde auch Zwangshalten des Kopfes nach links beobachtet. Ätiologie im vorliegenden Fall unklar. Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels im Kindesalter sehr selten.

Fritz Loeb (München).[M]

Bretschneider, J.: Ein Fall von doppelseitigem Kleinhirnbrückenwinkeltumor. (*Stadtkrankenhaus, Zittau.*) Dissertation: Leipzig 1913. 38 S.

Fall von multipler Fibromatose der Pia mit vorzugsweiser Lokalisation im Kleinhirnbrückenwinkeltumor. Ätiologie unklar. Prognose schlecht. Die einzige Therapie ist die chirurgische, die aber noch nicht befriedigende Resultate gibt. *Fritz Loeb* (München).[M]

Beving, J.: Ein Fall von Tumor cerebri. Zur Symptomatologie der Occipitallappentumoren. Dissertation: Kiel 1913.

Q 45a. Klinischer Bericht. Krankheitsbild weist auf Tumor cerebri hin: viel Kopfschmerzen, Druckgefühl im Kopf, häufig Erbrechen, Schwindel. Reichlich psychische Störungen. Beiderseits Stauungspapille. Lumbaldruck weit über 400. Ausfallserscheinungen deuten auf Läsion der r. Caps. interna. Lähmung des l. Facialis, Kraft der l. Extremität vermindert, Sehnenreflexe am l. Arm und Bein erhöht. Starke Störung der Sensibilität links, Fehlen von

Abdominal- und Cremasterreflex links (r. vorhanden), homonyme Hemianopsie nach links. Nottrepanation. Dabei kein Tumor zu sehen. Atemlähmung. Exitus. Tumor beider Hinterhauptlappen. *Fritz Loeb* (München).[M]

Hypophyse:

Cushing, Harvey: Psychic disturbances associated with disorders of the ductless glands. (Psychische Anomalien bei Störungen der Drüsen ohne Ausführungsgang.) Americ. journal of insanity Bd. **69**, Nr. 5, S. 965—990. 1914.

Psychische Zustände haben einen wesentlichen Einfluß auf die Drüsen mit innerer Sekretion, da diese einer nervösen Steuerung unterworfen sind. Nach Exstirpation des oberen Cervicalganglions bekommen Tiere ähnlich wie nach Exstirpation des Hypophysenhinterlappens eine erhöhte Zuckertoleranz und Neigung zu Fettansatz. Dies bestätigt die schon früher vom Verf. vertretene Ansicht, daß der Halssympathicus die Sekretion der Hypophyse beeinflußt. Nach psychischen Erregungen bekommen manche Menschen Glykosurie; diese repräsentieren die Sympathicotonie, wobei es dahingestellt bleibt, ob die psychische Erregung mehr die Nebennieren, Schilddrüse oder Hypophyse oder alle diese beeinflußt. Erörterung der bei Erkrankungen der Blutdrüsen, namentlich der Hypophyse beobachteten geistigen Störungen. Der Geisteszustand bei Akromegalie erinnert häufig an manisch-depressives Irresein. Im kindlichen bzw. jugendlichen Alter führt ein Hypopituitarismus vom Typus Fröhlich nicht selten zu außergewöhnlicher geistiger Frühreife, welche mit dem physischen Infantilismus kontrastiert. Den somnolenten Zustand bei Hypopituitarismus mit langsamem Puls und Atmung sowie subnormaler Temperatur und Neigung zu Fettansatz hat Verf. mit dem Zustand des Winterschlafes verglichen. In letzter Zeit wurden nun tatsächlich bei Winterschläfern histologische Veränderungen der Hypophyse gefunden, welche auf eine herabgesetzte Aktivität des Vorderlappens hinweisen. Vielleicht ist auch die gewisse leichte Benommenheit bei Hirntumoren auf diese Weise zu erklären. In vielen Fällen von Hypophysenerkrankung findet man Diabetes, anderweitige Stoffwechselerkrankungen oder Geistesstörungen in der Familie, namentlich mütterlicherseits. Von großem Interesse ist die Beobachtung des Verf., daß das letzte Kind einer bereits akromegalisch erkrankten Frau sexuelle Frühreife zeigte. Es war schon bei der Geburt überentwickelt und fett. Mit 2 Jahren setzte eine regelmäßige Menstruation ein, mit 6 Jahren waren sämtliche sekundäre Geschlechtscharaktere entwickelt. Unter dem Material von Irrenanstalten trifft man nicht selten Kranke mit Symptomen einer hypophysären oder epiphysären Störung an. Mehrere kasuistische Belege. *J. Bauer* (Wien).[M]

Rose, F. J.: Zur Pathologie der Hypophyse. Medizinskoje Obosrenje Bd. **81**, Nr. 7, S. 627—633. 1914. (Russisch.)

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **5**, S. 714.

Mund:

Hiller, Carl: Removal of both superior maxillae. (Entfernung beider Oberkiefer.) Lancet-clin. Bd. **111**, Nr. 21, S. 600—602. 1914.

Bloodgood, Joseph C.: Carcinoma of the lower lip; its diagnosis and operative treatment. (Carcinom der Unterlippe; seine Diagnose und operative Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 4, S. 404—422. 1914.

Interessante mit zahlreichen Photographien und Mikrophotogrammen der pathologischen Präparate illustrierte Zusammenstellung über 200 in den letzten 24 Jahren beobachtete Fälle von Epitelialgeschwulsten der Unterlippe. Von 10 nur mit Excision der Tumors behandelten Fällen 7 = 63% Dauerheilungen, 2 mal Rezidiv in den Drüsen, 1 mal an der Excisionsstelle. Von 21 mit Exzision des Tumors und Drüsenausräumung behandelten Fällen, bei denen der Drüsenbefund noch negativ war, 20 = 95% Dauerheilungen, 1 mal Rezidiv an der Lippe. Von 12 ebenfalls mit Excision und Drüsenausräumung behandelten Fällen, bei denen jedoch der Drüsenbefund bereits Metastasen ergab, nur noch 50% Dauerheilungen. Verf. tritt für mög-

lichst frühzeitige Exzision und mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ein; die Drüsenausräumung soll stets radikal und vollkommen sein, in einem mit Röntgenstrahlen behandelten Falle heilte der Tumor an der Lippe; der Patient erlag aber später den Drüsenmetastasen.
Kaerger (Kiel).

Chuiton und Aubineau: Erfolg der Röntgen- und Radiumtherapie in einem Fall von Mikuliczscher Krankheit. Strahlentherapie, Orig. Bd. 4, H. 2, S. 636—639. 1914.

Ein Fall von Mikuliczscher Krankheit wurde durch kleine Röntgen- und Radiumdosen (Schwachfilterung), die mit größeren Zwischenpausen binnen mehreren Monaten verabreicht wurden, im Verlauf eines halben Jahres zur Heilung gebracht: Neben Rückgang der lokalen Erscheinungen auch wesentliche Hebung des Allgemeinbefindens. Günstige Beeinflussungen der Mikuliczschen Krankheit, die durch symmetrische Anschwellung der Speichel- und Tränendrüsen charakterisiert ist, sind auch schon früher mitgeteilt worden.
Meidner (Berlin-Charlottenburg.)[M]

Wirbelsäule.

Calvè, Jacques, and Henri Leliévre: Radiography of the vertebral column in profile in Pott's disease. (Röntgenographische Profilaufnahmen der Wirbelsäule bei Spondylitis.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 193—206. 1913.

Die Profilaufnahmen zeigen frühzeitig die beginnende Spondylitis durch Verdünnung der Zwischenwirbelscheiben an. Die Ausbildung der Kyphose läßt sich Schritt für Schritt verfolgen. Die Profilaufnahmen demonstrieren die Wichtigkeit der künstlichen Lordosierung der erkrankten Partie, wodurch die komprimierten vorderen Wirbelteile entlastet, die distendierten hinteren belastet werden, so daß statt Keilwirbelbildung eine gleichmäßige Höhenabnahme des erkrankten Wirbels entsteht und die kyphotische Deformierung verhütet wird. Die Wirksamkeit der kompensatorischen Lordose wird erhöht. Die Profilaufnahmen lassen die Ausdehnung des Krankheitsherdes klar erkennen, sowie die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen, sie zeigen endlich die endgültige Heilung an, indem sie die nach 2—3 Jahren eintretende Konsolidation erkennen lassen. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Hanausek, J.: Über die Wirkung der Suspension- und Extensionskraft auf die Wirbelsäule. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. 13, H. 3, S. 261—275. 1914.

In vorliegender interessanter Arbeit ist die Suspensions- und Extensionskraft auf einzelne Wirbel ausführlicher behandelt. Da sich die Ausführungen Hanauseks zu einem Referat nicht eignen, vielmehr die mathematisch-physikalischen Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, seien hier nur die Tatsachen kurz gebracht, die H. anführt. Wenn auch in der Orthopädie der Wirbelsäule als Suspension nur diejenige Aufhängung am Kopf bezeichnet wird, die gewöhnlich mit Hilfe der Kopfschwebe so bewerkstelligt wird, daß auf die Wirbelsäule keine andere Kraft wirkt als das Körpergewicht, und bei der Extension zu dieser Kraft noch ein besonderer Zug dazu tritt, der mit Hilfe der Fixation der unteren Extremitäten oder des Beckens wirkt, so ist diese Unterscheidung nur äußerlich, denn sie charakterisiert nicht genau die Kräfteveränderungen, die in den verschiedenen Graden der Suspension und Extension auf den Wirbeln entstehen. Führt man nun die Begriffe Druckspannungs-Suspension, jener Druck, dem die gesamte Wirbelsäule nur im Beginne der Suspension, wo sie noch nicht einmal dem Gewichte des Kopfes entspricht, unterliegt, Druckzugspannungs-Suspension und Extension, die immer nur eine Zugspannung bewirkt, ein, so ist einmal die Extensionskraft gleich der Kontraextensionskraft plus dem Gewicht jener Körperteile, die oberhalb der fixierten Stelle (Becken, Schenkel, Füße) gelegen sind, und es ist die Zugkraft im gewissen Durchschnitt der Wirbelsäule gleich der Extensionskraft, die um das Gewicht jener Körperteile, die durch ihre eigene Kraft beim aufrechten Stehen auf diesen Durchschnitt wirken, verkleinert ist. Weiter läßt sich erweisen, daß die Extensionskraft nicht gleichmäßig auf die ganze Wirbelsäule wirkt, daß sie mit ihrem

vollen Werte überhaupt nirgends auf die Wirbelsäule wirkt, daß die größte Zugkraft auf der Verbindung des Atlas mit dem Kopfe liegt, und die Halswirbel durch eine weit größere Kraft angespannt sind als die Lendenwirbel. Einfacher wie bei der vertikalen liegen die Verhältnisse bei der horizontalen Extension, hier sind alle Wirbel durch dieselbe Kraft angespannt und es gleicht die Extensionskraft der Kontraextensionskraft. Nur der kleinere Durchschnitt ist hier wieder die Ursache der größeren Spannung. Auch die Spannung der Zwischenwirbelscheibe spielt eine große Rolle. Neben der Zugspannung in den einzelnen Wirbeln und anatomischen Elementen, die sie verbinden, gibt es noch einen zweiten Begriff, die Extendierbarkeit der Wirbelsäule, jene Möglichkeit, daß zwei nebeneinander gelegene Wirbel sich bis zu einem gewissen Grade voneinander entfernen können. Hier spielt die Beschaffenheit der Zwischenwirbelscheiben die entscheidende Rolle. *Creite* (Göttingen).

Broca, Aug., et André Trèves: Traitement du mal de Pott par la méthode de Lannelongue. (Behandlung des Pottschen Buckels nach der Methode von Lannelongue.) Journ. de méd. interne Jg. **18**, Nr. 13, S. 123—124. 1914.

Wegen der nachteiligen Folgen, die der üblichen Gipsverbandbehandlung des Pottschen Buckels anhaften, verwenden Verf. nach dem Vorgehen von Lannelongue ein nach Art eines Gipsbettes gebautes Gestell mit dünner Matratze, Drellkorsett und Extensionsvorrichtungen für Kopf und untere Extremitäten. Durch Unterschieben von Kissen unter den Gibbus ist Hyperextension der Wirbelsäule zu erzielen. Das Kind kann daher jederzeit herausgenommen auf Senkungsabscesse untersucht und der Sonnenbestrahlung ausgesetzt werden. Abgesehen von mißlichen sozialen Verhältnissen, bei denen man ohne Gipskorsett nicht auskommt, führt diese Methode nicht nur im Hochgebirge, sondern wie an fünf eigenen Beobachtungen gezeigt wird, auch in geeigneten Hospitälern des Tieflandes zu guten Resultaten. *Duncker* (Brandenburg).

Borchard: Osteoplastische Knochenlappenbildung aus den Dornfortsätzen der Wirbelsäule. (*Diakonissenh., Posen.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 22, S. 929 bis 931. 1914.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **5**, S. 424.

Job, E.: Un cas de spondylite typhique. (Fall von typhöser Spondylitis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **30**, Nr. 20, S. 990—992. 1914.

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

Hunkin, S. J.: Experience with Foerster's operation. (Erfahrung mit Foersters Operation.) (*Orthop. dep., univ., California.*) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 207—214. 1913.

Verf. berichtet über die Resultate, die er mit der Foersterschen Operation — Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln — an 15 Spastikern von verschiedenem Alter und verschieden schwerer Erkrankung erzielte. Darunter waren Kinder, von denen acht nicht nur die Operation sehr gut überstanden, sondern auch nach Abschluß der Nachbehandlung als ganz bedeutend gebessert betrachtet werden konnten. Von den zwei Todesfällen ist der eine auf Hydrocephalus zurückzuführen, in dem anderen starb das Kind nach einigen Stunden nach der Operation, ohne daß eine bestimmte Ursache festgestellt werden konnte. Bei allen diesen Operationen wurden lumbale Wurzeln reseziert, ebenso in einem Fall, bei dem wegen fortschreitender spinaler Lähmung operiert und ein ausgezeichnetes Resultat erzielt wurde. Dreimal endlich wurde das Halsmark angegangen; der Schwere dieser Fälle entsprechend war die Besserung geringer, aber immerhin deutlich erkennbar. Verf. gibt eine eingehende Schilderung der von ihm angewandten Technik, die sich nicht wesentlich von der von Foerster angegebenen unterscheidet. Beigegeben ist eine kurze Zusammenstellung der Krankengeschichten. *Spitzy* (Wien).

Maragliano, Dario: Sul valore dei trapianti nervosi nelle paralisi da poliomielite. (Über den Wert der Nerventransplantationen bei poliomyelitischen Lähmungen.) Arch. di ortop. Jg. **31**, Nr. 1, S. 40—45. 1914.

Ob bei poliomyelitischen Lähmungen die Überpflanzung eines gesunden Nerven auf den peripheren Teil des gelähmten Nutzen hat, hängt von dem pathologisch-anatomischen Zustande des gelähmten Muskels ab. Verf. unterscheidet diesbezüglich drei Grade. Im ersten Falle ist ein großer Teil der gelähmten Muskulatur genügend konserviert, die Muskelbündel sind zwar hypotrophisch, lassen aber die

Querstreifung noch deutlich erkennen, nur wenige Muskelbündel sind atrophisch und ohne erkennbare Struktur. Bei diesem Typus der poliomyelitischen Lähmung ist eine Nervenüberpflanzung gewöhnlich nicht nötig, die Motilität kehrt auch unter Behandlung mit orthopädischen Apparaten, Bändern pp. zurück. Im zweiten Grade der Lähmung sind die atrophischen strukturlosen Bündel in der Mehrzahl, die hypotrophischen mit deutlicher Querstreifung nur sehr spärlich. Die elektrische Erregbarkeit muß bei dieser wie der vorhergehenden Gruppe nach Freilegung der Muskeln mit sterilen Elektroden geprüft werden, da die Prüfung durch die Haut keine Erregbarkeit zu geben pflegt. Während in der ersten Gruppe noch gut ein Drittel der Muskeln elektrisch erregbar ist, findet man in der zweiten nur sehr wenige erregbare Muskelbündel. Trotzdem kann in diesen Fällen die Nerventransplantation einen Erfolg erzielen. In der dritten Gruppe der poliomyelitischen Muskellähmung sind die Muskelbündel sämtlich atrophisch und strukturlos, der Muskel ist zu einem bindegewebigen Strang reduziert, die elektrische Erregbarkeit sowohl vom Nerven wie Muskel aus erloschen. Ob hier die Nerventransplantation Erfolg hat, ist zweifelhaft und nach Ansicht des Verf. nicht zu sagen. *Herhold* (Hannover).

Hals.

Kehlkopf und Luftröhre:

Smith, Harmon: Plastic operation for the restoration of severed vocal cords; permanent thyroid fistula following attempted suicide with a razor. (Plastik zur Wiederherstellung der durchtrennten Stimmbänder und zur Beseitigung einer Kehlkopffistel nach Selbstmordversuch mit einem Rasiermesser.) New York med. journal Bd. **99**, Nr. 15, S. 731. 1914.

Die Operation bestand in präliminarer Tracheotomie, medianer Spaltung des Schildknorpels, Anfrischung des abgetrennten wahren und falschen Stimmbandes der linken Seite und Vernähung der Bänder mit dem Perichondrium der Innenfläche des Knorpels. Darauf Exstirpation der narbigen Fistelwandung und Naht der Weichteile über dem Kehlkopf. Entfernung der Tracheotomiekanüle nach 2 Wochen. Der Erfolg war nach einigen Monaten stärkere Annäherung der Stimmbänder bei der Phonation und ausgesprochene Besserung der allerdings immer noch heiseren Stimme. Ob die Besserung weiter fortschreiten und die Stimme wieder normal werden wird, scheint dem Verf. problematisch. *Kempf.*

Strandberg, Ove: Die Behandlung tuberkulöser Leiden der Schleimhäute der oberen Luftwege mit Reyns Elektrolyse. (*Finsens med. Lysinst., Kopenhagen.*) Strahlentherapie, Orig. Bd. 4, H. 2, S. 649—660. 1914.

Technik der Methode ist folgende: $1^1/_4$ Stunde vor Beginn der Elektrolyse nimmt der Patient 5 g Jodnatrium, Kinder entsprechend weniger. Nach Pinselung der Schleimhaut mit Cocain werden dann die Nadeln der positiven Elektrode an der erkrankten Stelle in das Gewebe eingeführt, die negative Elektrode wird dem Pat. in die Hand gegeben und dann der Strom langsam auf 3—5 Minuten erhöht und 3 Minuten lang geschlossen gehalten. Hiernach wird dasselbe an einer unmittelbar daneben liegenden Stelle wiederholt, da zwar die Tiefenwirkung der Methode eine gute, die Flächenwirkung aber eine geringe ist. So behandelt man etwa 10 Tage hintereinander täglich die Affektion an etwa 10 Stellen, pausiert dann 8 Tage, behandelt wieder 10 Tage und wartet dann 4 Wochen. Nach Ablauf dieser Zeit läßt sich der Erfolg beurteilen.

Es wurden 216 Patienten mit Lupus behandelt und zwar alle Lokalisationen, speziell auch in der Nasenhöhle. Die Resultate sind sehr befriedigende, natürlich etwas abhängig von der Art der Lokalisation. Es lassen sich auch nur Erkrankungen der Weichteile beeinflussen. Bei gleichzeitiger schwerer Erkrankung der Lungen ist die Methode nicht angezeigt, da Jodnatrium von diesen Pat. vielfach schlecht vertragen wird. Die im Anschluß an die Behandlung auftretende lokale Reaktion schwindet im Verlauf von 3—4 Wochen.

Hagemann (Marburg a. L.).

Strandberg, Ove: Bemerkungen über die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege. (*Finsens med. Lysinst., Kopenhagen.*) Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. i. Grenzgeb. Bd. **7**, H. 1, S. 1—7. 1914.

Die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege kann ganz außerordentlich schwierig sein. Auf die Wassermannsche und die

Tuberkulin-Reaktion ist kein sicherer Verlaß; ebenso ergibt die histologische Untersuchung durchaus keine eindeutigen Resultate. Oftmals muß man die Diagnose ex juvantibus zu stellen suchen. *Colley* (Insterburg).

Nikolski, A. M.: Gummöse Affektion der Trachea und tracheoskopische Diagnose derselben. (*Chirurg. Klin. d. Prof. Tichoff, Univ. Tomsk.*) Russki Wratsch. Bd. **13**, Nr. 16, S. 565—570. 1914. (Russisch.)

Isolierte syphilitische Erkrankungen innerer Organe bleiben oft, besonders wenn die Anamnese keine entsprechenden Hinweise gibt, ätiologisch unaufgeklärt. Besonders bezieht sich dieses auf Erkrankungen der Lunge und der Trachen. Klarheit bringen kann hier die Tracheoskopie, welche daher in allen Fällen von Trachealstenose so früh wie möglich angewandt werden muß, um die nötige Therapie rechtzeitig einleiten zu können und unnötige, ja oft schädliche chirurgische Eingriffe zu vermeiden.

Autor berichtet über einen einschlägigen Fall eigener Beobachtung: Der Pat. war seit Jahren wegen angeblicher Lungentuberkulose behandelt worden, bis bedrohlich werdende Anfälle von Atemnot ihn zwangen, die Klinik aufzusuchen. Hier wurde die Tracheoskopie ausgeführt und ein ringförmiges Infiltrat im unteren Drittel der Trachea festgestellt, welches das Lumen derselben fast gänzlich verschloß und als gummöse Erkrankung angesprochen wurde. Die eingeleitete spezifische Behandlung (Jodkali, Neosalvarsan), verbunden mit mehrfach wiederholter Tracheoskopie mit anschließender Bougierung der sich bildenden Narbe hatte den gewünschten Erfolg, so daß Pat. nach 1 Monat als geheilt entlassen werden konnte. *v. Holst* (Moskau).

Mintz, W. M.: Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom. (*Städt. Alt-Katharinen- u. Ev. Krankenh., Moskau.*) Russki Wratsch Bd. **13**, Nr. 16, S. 561 bis 565. 1914 (Russisch).

Die laryngoskopische Diagnose des Krebses ist, wenn bereits Zerfall eingetreten ist, schwierig. Noch weniger kann auf laryngoskopischem Wege festgestellt werden, wieweit die Erkrankung bereits um sich gegriffen hat. Schließlich ist die einzige zur Zeit existierende Untersuchungsmethode zur Feststellung etwaiger Metastasen in den regionären Lymphdrüsen, die Palpation, durchaus ungenügend. Beachtet man weiter den Umstand, daß das Lymphgefäßsystem des Kehlkopfes derartig angeordnet ist, daß eine Metastase in jeder Richtung eintreten kann und behält man die mangelhaften Dauerresultate der nicht radikalen Operationen im Auge (22—40% Rezidive gegen 24—27,7% Rezidive bei Radikaloperation), so muß unbedingt dahin erkannt werden, daß in jedem Falle von Kehlkopfkrebs die Totalexstirpation nebst Entfernung der regionären Lymphdrüsen ausgeführt werden muß. Diese Ansicht wird auch dadurch unterstützt, daß die funktionellen Resultate nach der Totalexstirpation nicht schlecht sind. Alle Patienten des Autors sind in der Lage laut zu sprechen, ohne irgend welche Apparate zu benutzen. Autor berichtet über 29 eigene Fälle, in welchen die Totalexstirpation ausgeführt wurde. Von diesen Kranken starben 7 (24%) während der ersten 2 Wochen nach der Operation, in 2 Fällen trat der Tod 2 Monate nach der Operation ein. Drüsenmetastasen wurden in 8 Fällen (29%) beobachtet. Länger als ein Jahr sind gesund 7 Patienten — 24% (Beobachtungszeit $1^1/_2$ bis 12 Jahre). 2 Patienten standen nur 5 bzw. $5^1/_2$ Monate unter Beobachtung. Über 7 Patienten, welche gesund entlassen wurden, ist nichts Weiteres bekannt geworden. *v. Holst* (Moskau).

Schilddrüse:

Tinker, Martin B.: Internal secretion of the thyroid gland from the surgical viewpoint. (Innere Sekretion der Schilddrüse vom chirurgischen Gesichtspunkt.) Americ. med. Bd. **20**, Nr. 4, S. 297—300. 1914.

Kolominski, S. G.: Ein Fall von multiplen Metastasen der Schilddrüse in der Lunge bei Atrophie der Schilddrüse. Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Im Anschluß an seinen Fall führt Autor aus, daß auch gutartige Geschwülste metastasieren können und daß somit die Übergänge zwischen bösartigen und gut-

artigen Geschwülsten labil sind. Auch können die Metastasen der Geschwülste verschiedenen Charakter zeigen, so können z. B. die Metastasen einer bösartigen Geschwulst gutartig sein. *v. Holst* (Moskau).

Jaeger, Walter: Über die Parastruma. (*Pathol. Inst., Zürich.*) Dissertation: Zürich 1913. 22 S. (Leemann.)

Parastrumen zeichnen sich durch großen Glykogenreichtum aus, ferner durch die Anordnung ihrer Zellen: ein feines, oft nur aus Capillaren bestehendes Stromanetz teilt den Tumor in längliche Felder ein. Es sind zwei Haupttypen der Zellen zu unterscheiden: große, wasserhelle scharf umsäumte Zellen mit zentral gelegenem, bläschenförmigem Kern und kleine protoplasmareiche Zellen. Den bisher bekannten 17 Fällen von Parastruma fügt Verf. zwei neue hinzu. Im ersten Fall — 43jährige Frau aus Graubünden — stützt sich die Diagnose auf das histologische Verhalten des Stromas und Parenchyms, auf den Glykogengehalt und auf den negativen Ausfall der Fettproben. — Der zweite Fall betrifft eine 26jährige Frau aus Tessin. Hier stützt sich die Diagnose auf den histologischen Befund, auf den Glykogengehalt und die Malignität. Nach der Exstirpation der Parastruma trat in diesem Falle Tetanie auf, welche durch Verabreichen von Parathyreoidintabletten behoben werden konnte. In Fällen von Tetanie nach Kropfoperationen sollte besonders darauf geachtet werden, ob der entfernte Kropf nicht eine Parastruma sei. *Fritz Loeb* (München).[M]

Bainbridge, Wm. Seaman: The effects of goitre operations upon mentality. (Einfluß von Kropfoperationen auf die geistigen Funktionen.) Americ. med. Bd. **20**, Nr. 4, S. 226—234. 1914.

Verf. bespricht die psychischen Störungen, die sich im Zusammenhang mit Basedow häufig finden. Störungen des nervösen und psychischen Gleichgewichts, übermäßige Reizbarkeit, Aufgeregtheit, Vergeßlichkeit, Ruhelosigkeit, Zerstreutheit sind häufig die ersten Symptome des Leidens, das er „systemic goiter" nennt. Diese Störungen können bekanntlich Formen annehmen, daß Fehldiagnosen auf organische Hirnerkrankungen gestellt werden. — Der Einfluß der Operation — partielle Strumektomie — auf diese Zustände ist in weitaus der Mehrzahl der Fälle ein sofortiger und dauernder. — Beim Hypothyreoidismus hat Verf. selbst mehrmals Schilddrüse transplantiert und bei Kretins gewöhnlich einen deutlichen, aber stets nur vorübergehenden Erfolg gehabt. Das Transplantat hat er entweder tief in den Hals, ins Epigastrium aufs Peritoneum oder oberhalb der Nieren nahe bei den Nebennieren deponiert. Das Drüsengewebe verschwand schließlich stets. Verf. verspricht sich von der Transplantation mit Naht der Gefäße eher einen Dauererfolg. *Ernst Schultze.*

Balfour, Donald C.: The advantages of the double resection in certain types of goiter. (Die Vorteile der doppelten Resektion bei gewissen Kropftypen. Aus der Klinik von Mayo.) (*Mayo clin., Rochester.*) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 5, S. 671 bis 674. 1914.

Für den diffusen kolloiden Kropf und die kropfige Schilddrüse mit multiplen Knoten gibt Balfour folgende Operationsmethode an: Tiefer Kragenschnitt, Trennung der Muskeln in der Mittellinie vom Jugulum bis zum Kehlkopf, Ausschälung des Kropfes, gleichzeitige Luxation beider Hälften, Durchtrennung des Mittellappens, Resektion in beiden Lappen in hochgestelltem Oval auf der Vorderseite unter völliger Schonung der Rückseite. Dann fortlaufende Matratzennaht mit Catgut, die von außen nach innen geführt wird, und Einstülpungsnaht. Die so geformte kleine neue Schilddrüse soll am wenigsten Kompression verursachen. Es sind 2 Abbildungen beigegeben. Von präventiver Unterbindung derart, wie sie de Quervain angibt, ist nicht die Rede. Nur die Gefäße werden außen an der Kapsel mit Klemmen gefaßt und damit gleichzeitig auch das Resektionsgebiet abgesteckt. Wenn möglich sind die Knoten stumpf auszuschälen. Von 1569 Kropfoperationen im Jahre 1913 sind 295 in dieser Weise operiert worden. *Iselin* (Basel).

Haines, W. D.: The surgical importance and treatment of hyperthyroidism. (Chirurgische Bedeutung und Behandlung des Hyperthyreoidismus.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 6, S. 150—152. 1913.

Pubertätsalter und Schwangerschaft prädisponieren zum Hyperthyreoidismus; an ihn

ist bei allen unklaren Herzerkrankungen und auffälligen Symptomen von seiten des Herzens zu denken. Verf. empfiehlt die Frühoperation nach kurzem Versuch interner Behandlung. *Ernst Schultze* (Berlin).

Contributo alla diagnosi biologica del morbo di Flaiani-Basedow. (Beitrag zur biologischen Diagnose des Morbus Basedow.) Ann. d. istit. Maragliano Bd. 7, Nr. 4, S. 214—228. 1914.

Verf. untersuchte die Komplementreaktion bei Basedowkranken und gewöhnlichen Patienten. Bei beiden fiel die Fixation des Komplementes mit einem thyreotoxischen Serum positiv aus. Doch zeigen die hyperthyreogenen Sera bei höheren Verdünnungen noch eine positive Reaktion. *Naegeli* (Zürich).

Sanford, A. H., and I. M. Blackford: A comparative study of the effects on blood-pressure of the extracts and serums of exophthalmic goiter and of other substances. (Vergleichende Studie über die Wirkung des Serums Basedowkranker, des Extrakts von Basedowstrumen und anderer Substanzen auf den Blutdruck.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 2, S. 117—125. 1914.

Wiederholung der schon mehrmals publizierten experimentellen Beobachtungen, aus denen hervorgeht, daß Extrakt von Basedowstrumen und Serum Basedowkranker eine starke blutdrucksenkende und pulsverlangsamende Wirkung beim Tiere hat. Dieselbe Wirkung wird nur durch Wittes Pepton und Extrakte von Sarkomen und hypertrophischen Prostatadrüsen erzielt. Gehirnextrakte und Extrakte von Geweben, welche schon in Zersetzung sind, geben auch einen Abfall des Blutdrucks, der aber verschieden ist und sich noch dadurch von dem obigen unterscheidet, daß keine Toleranz eintritt und daß Atropin die Wirkung aufhebt, was bei den Basedowsubstanzen nicht der Fall ist. *Albert Kocher* (Bern).

Kadnikoff, I. A.: Die Erfolge chirurgischer Basedowbehandlung nach Operationen an der Schilddrüse. (*Chirurg. Klin., Prof. N. A. Weljaminoff, K. Milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Dissertation: St. Petersburg 1914, 343 S. (Russisch.)

Eine große Sammelstatistik, die die ganze Weltliteratur berücksichtigt und 514 chronologisch geordnete Quellen und 5347 Fälle umfaßt. Von den letzteren, die in Tabellenform übersichtlich geordnet sind, wählte Verf. nach strenger Sichtung nur jene, welche die klassische Trias (Kropf, Tachykardie, Exophthalmus) aufweisen und eine stattliche Zahl von 1608 Fällen ausmachen; ihnen rechnet er noch 801 Fälle zu, wo die Triasangabe zwar fehlt, der Autorname aber für die Exaktheit der Diagnose bürgt. Diese 2409 Fälle werden nun einer allseitigen statistischen Bearbeitung unterworfen, indem sich folgende Schlüsse daraus ergaben: 1. Das Verhältnis von Frauen zu Männern wie 7,7:1; 2. das Maximum der Erkrankungen fällt auf das Alter von 20—30 Jahren; 3. die Zahl der Operationen wächst mit jedem Jahrzehnt, indem sich 11 Arten von operativen Eingriffen aufstellen ließen; 4. bei Gegenüberstellung der einzelnen Resultate je nach dem Eingriff stellte sich heraus, daß die besten Erfolge nach Hemistrumectomie mit Arterienligatur der anderen Seite erzielt wurden — ein Standpunkt, der von den meisten modernen Chirurgen, darunter auch von Prof. Weljaminoff, vertreten wird; 5. das Gesamtresultat chirurgischer Heilerfolge bei Basedow findet in der Zahl 89,1% — bei 2409 Fällen oder 85,4% — bei 1608 absolut typischen Basedowfällen seinen Ausdruck; 6. die meisten Chirurgen und Therapeuten vertreten heutzutage wohl die Ansicht, daß wenigstens nach erfolgloser innerer Therapie die chirurgische Hilfe beansprucht werden soll, da sie doch die meisten Chancen auf Heilung gibt; 7. in der Narkosefrage sind die Stimmen geteilt zwischen Anhängern der Lokalanästhesie und Allgemeinnarkose, doch spricht sich die Mehrzahl für die erstere aus, indem die Narkose nur für den Notfall erspart bleiben soll; 8. die Gesamtmortalität beläuft sich auf 7,3 resp. 9,5%. *Stromberg* (St. Petersburg).

Walton, Albert J.: A consideration of some cases of exophthalmic goitre treated by operation. (Eine Betrachtung über einige operativ behandelte Fälle von Morbus Basedowii.) Lancet Bd. 186, Nr. 20, S. 1387—1391. 1914.

Bericht über 10 operierte Fälle mit allen Einzelheiten. — Die Operation soll zu einer Zeit ausgeführt werden wo die Erscheinungen von seiten des Nervensystems mehr in den

Hintergrund treten und vor allen Dingen nicht in der zweiten Hälfte des ersten Jahres, da erfahrungsgemäß in dieser Zeit die Intoxikationserscheinungen am heftigsten sind. — Verf. operierte alle Fälle in Äthernarkose nach vorheriger Verabreichung eines 50 proz. Äther-Olivenölklysmas. Trotzdem er einige schwere Fälle operiert hat, war er nie genötigt, eine vorherige Unterbindung der A. thyreoidea vorzunehmen. *Deus.*

Haggard, W. D.: The surgical management of exophthalmic goiter. (Die chirurgische Behandlung des Morb. Basedow.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 6, S. 152 bis154. 1913.

Dringende Empfehlung der Frühoperation bei jeder Form des Hyperthyreoidismus. *Ernst Schultze* (Berlin).

Thymus:

Fischl, Rudolf: Experimentelle Untersuchungen zur Analyse der Thymusextraktwirkung. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **79**, H. 4, S. 385—415 u. Nr. 5, S. 583 bis 626. 1914.

Auf Grund zahlreicher Versuche an Kaninchen (intravenöse Injektion von Kalbs-, Lamm-, Schweine- und Thymus-Extrakten sowie von Extrakten anderer Organe) wird vom Verf. eine spezifische Wirkung der Thymusdrüsenextrakte abgelehnt und der Effekt demjenigen durch Injektion verschiedener anderer Organextrakte (Lungen, Lymphdrüsen u. a.) erzielten gleichgestellt: Blutdrucksenkung, Puls- und Atemstörungen. Der Tod der Tiere erfolgt durch Erlahmung des Herzens infolge der Koagulation des Blutes in seinen Höhlen; es handelt sich also weder um einen Erstickungstod, noch um toxische Einflüsse, wie dies die Inkonstanz von Ekchymosen an der Lungenoberfläche und das Fehlen von Nebennierenveränderungen beweisen. Auch das Verhalten des Pulses und Atmung bei Verwendung von Extrakten nichtspezifischer Natur, zu denen auch der Thymusextrakt gehört, entsprechen der Annahme, daß die Wirkung auf intravital entstehende Blutkoagulation zu beziehen ist; die terminalen Krämpfe sind aller Wahrscheinlichkeit nach anämische. Irgendwelche Schlüsse auf eine postfötale Funktion der Thymusdrüse, wie sie von Voruntersuchern gezogen sind, lassen sich aus den Versuchsergebnissen nicht ableiten, und die auf derartige Experimente basierte Lehre von der Hyperthymisation ist endgültig zurückzuweisen. — Von Einzelbefunden des Verf. seien noch folgende hervorgehoben und im übrigen auf das Original, das auch eine eingehende kritische Besprechung der einschlägigen Literatur enthält, verwiesen. Die in verschiedener Weise bereiteten Thymusextrakte zeigen in einer großen, etwa 50% betragenden Zahl eine vollständige Unwirksamkeit, für die weder im Präparationsmodus, noch in anderen Momenten eine Erklärung zu finden war; derartige unwirksame Extrakte beeinflussen auch in vitro die Blutgerinnung nicht, während wirksame Auszüge auch eine starke Hirudinwirkung überwinden. Im Tierversuch kann die, bei typischer Wirkung eines Thymusextraktes, resultierende Blutkoagulation im Herzen und ev. auch in weiteren Gefäßgebieten und Organen durch Vorbehandlung der Tiere mit Hirudin aufgehoben oder abgeschwächt werden. Dagegen gelingt es auch dann, das Blut durch relativ geringe Extraktdosen zu koagulieren, wenn den Tieren maximal zulässige Blutmengen entzogen und diese durch Ringersche Lösung ersetzt werden. Bemerkenswert ist weiterhin, daß die Reaktionsfähigkeit verschiedener Tiere demselben Extrakt gegenüber different sein kann, und daß die Wirksamkeit der Thymusextrakte, die nicht an die Zellen gebunden zu sein scheint, durch Kochen nicht wesentlich beeinflußt, durch Filtration durch Tonkerzen dagegen aufgehoben wird; Durchschneidung der Vagi ändert die Wirkungsweise nicht, Lähmung der Vagusendigungen durch Atropin bedingt keinen konstanten Effekt. Durch wiederholte Applikation kleiner Einzeldosen in kurzem Zeitintervall lassen sich Tiere so weit gegen die Thymuswirkung unempfindlich machen, daß Multipla sonst tödlicher Mengen symptomlos vertragen werden; dagegen scheinen wiederholte Infusionen in längerem Intervall zur Entwicklung anaphylaktischer Erscheinungen zu führen. *Salle* (Berlin).[M]

Hart, Carl: Die Bedeutung der Thymus für Entstehung und Verlauf des Morbus Basedowii. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 2, S. 347—401. 1914.

Im großen ganzen eine Wiederholung der Arbeit in Virchows Archiv Bd. 214, H. 11. Es ist vor allem interessant, daß Hart seine Anschauungen betreffs der Thymus bei Basedow ganz bedeutend modifiziert hat, was nicht erstaunlich ist, indem auch noch zur Stunde diese Frage im wesentlichen nur theoretisch besprochen werden kann. Verf. tritt zunächst ein für die Svehlasche Lehre der Hyperthymisation, die zwar bisher keine physiologisch experimentelle Bestätigung erhalten hat und für die auch die Arbeiten Adlers und Yokoyamas nicht beweisend sind. Anatomisch steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die Lymphocyten der Thymus ortsfremd sind und die lymphatische Komponente der Thymus wenig oder keine Bedeutung habe, während er der epithelialen Komponente die Hauptbedeutung zuschreibt. Im Gegensatz zu seinen früheren Arbeiten hebt Verf. nun aufs entschiedenste hervor, daß es eine große Anzahl von Basedowfällen gibt, bei denen die Thymus gar nichts zu tun habe, von denen Verf., ganz ohne Beweis, behauptet, daß sie milder verlaufen, als diejenigen mit Thymus. Verf. bespricht danach die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Thymus, obschon er selbst sagt „wir sind noch weit entfernt von einem tiefern Einblick". Die Besprechung gipfelt darin, daß eine Thymusveränderung als konstitutionelles Stigma anzusehen sei, auf dessen Boden die Erkrankungen der endokrinen Drüsen entstehen und durch welches sie beherrscht werden. Endlich beantwortet Verf. die Frage: In welcher Weise beeinflußt die Thymus das klinische Bild und den Verlauf des Morbus Basedowii? Verf. unterscheidet 5 verschiedene Formen von Basedowthymus, die Unterscheidung ist jedoch teilweise etwas theoretisch. Auch hier hat Verf. seine frühere Ansicht ganz wesentlich modifiziert, während er früher Involutionserscheinungen in Basedowthymen niemals fand und die Möglichkeit einer Reviviscenz leugnete, bestätigt er heute die diesbezüglichen Befunde Pettavels, dessen Arbeit er aber nicht erwähnt. Verf. unterscheidet endlich, wie Klose, Capelle und Bayer es schon getan haben: einen reinen thyreogenen, einen reinen thymogenen und einen thymothyreogenen Basedow. Was die Beweisführung für einen reinen thymogenen Basedow anbelangt, so steht dieselbe noch ganz auf dem unsichern Boden der Theorie. Verf. stützt sich allein auf den Fall v. Haberers, trotzdem dieser Autor selbst sagt, daß nur ein einziger Fall von Capelle und Bayer dauernd durch reine Thymektomie gebessert wurde. Bei dem thymothyreogenen Basedow ist für den Verf. die Thymus das primär erkrankte Organ und die Ursache der Krankheit, die Schilddrüse das sekundär erkrankte, er räumt aber ein, daß die Strumektomie imstande ist, die Krankheit sowohl bei Überwiegen der Schilddrüsen als der Thymuswirkung zu heilen. Zum Schlusse weist Verf. auf die relativ häufige Hypoplasie des Nebennierenmarkes bei Basedow hin und beschreibt auch einen Fall, bei dem er das histologische Bild der Markhyperplasie fand, auch hier fehlt der Hinweis auf die Befunde Pettavels. *Kocher* (Bern).

Ritter, Carl: Die Bedeutung der Thymusdrüse als Atemhindernis. (*Städt. Krankenh., Posen.*) (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 689—694. 1914.

Verf. neigt zur Ansicht, daß die Bedeutung der Thymus z. Z. überschätzt werde. So habe er bei seinen Basedowoperationen nur einmal eine persistierende Thymus beobachtet. Auch in der Beurteilung der Thymus als Atmungshindernis müsse man vorsichtig sein, was folgender Fall illustriere:

Bei einem 1jährigen Kind mit Atembeschwerden ergab das Röntgenbild großen Schatten oberhalb des Herzens. Perkussion über dem Sternum ließ abnorme Dämpfung erkennen. Nach Incision der Thymuskapsel quoll die Drüse nicht hervor. Die Tracheotomia inferior erbrachte den Nachweis von reichlich eitrigem Sekret, dessen Untersuchung die Diagnose Diphtherie ergab. Sektionsbefund: Thymus außergewöhnlich groß, bedingt durch reichliche ödematöse Durchtränkung des ganzen Organs. Drüse mit der Umgebung durch Entzündung fest verwachsen. In der Trachea massenhaft dicke fibrinöse Auflagerungen, in den Lungen verschiedene pneumonische Infiltrate. Hotz berichtet über einen ähnlichen Fall,

bei dem die Atemstörung des 3jährigen Knaben nicht durch die Thymus, sondern durch eine Spondylitis verursacht war, welche zur Abceßbildung hinter der Trachea und zur Kompression bzw. zu kollateralem Trachealödem geführt hatte. *Gebele* (München).

Brust.

Allgemeines:

Breitmann, M. J.: Die Anwendung der Stimmgabel, des Vibrationsapparates und des Akuophons zur Diagnose von Krankheiten, besonders der Brust- und Bauchhöhle und des Nervensystems. Nowoje w Medizine Jg. 8, Nr. 6, S. 322—329 und Nr. 7, S. 394—400. 1914. (Russisch.)

Die Schwingungen einer Stimmgabel oder eines Vibrationsapparates werden per continuitatem besser fortgeleitet, als per contiguitatem. Infolge dieser Regel kann man beim Aufsetzen einer schwingenden Stimmgabel auf die Körperoberfläche und gleichzeitiger Auskultation der Umgebung mittels eines Phonendoskops nebeneinanderliegende Organe mit großer Sicherheit voneinander abgrenzen. In vorliegender Arbeit berichtet Verf. über seine Erfahrungen mit dieser Methode, über die sonst nur von englischen Autoren, besonders Cantlie, Mitteilungen erschienen sind. Außer bei Herz- und Lungenuntersuchungen hat die Methode Verf. gute Dienste geleistet zur Abgrenzung der einzelnen Darmteile, zur Bestimmung der Grenze zwischen Leber und Pleuraexsudaten, zwischen Leber und Milz bei Berührung dieser Organe untereinander. Schließlich empfiehlt Verf. die Methode auch zur Diagnose von Frakturen, besonders der Rippen, anzuwenden, da ein frakturierter Knochen die Schwingungen nicht so fortleitet wie ein gesunder.

Riesenkampff (St. Petersburg).

Wagner, K. E.: Verengung und Verschluß der V. cava sup. (*Med. Univ.-Klin. d. Prof. Wagner, Kijew.*) Russki Wratsch Bd. **13**, Nr. 2, S. 37—45, Nr. 3, S. 74 bis 78, Nr. 4, S. 116—118 u. Nr. 5, S. 153—158. 1914 (russisch).

Autor bespricht auf das ausführlichste 4 einschlägige Fälle eigener Beobachtung. Die hauptsächlichsten Symptome waren in allen Fällen folgende: Erweiterung der Hautvenen der Brust und des Bauches, besonders fielen 2 Venen in allen Fällen auf, welche sich beiderseits in den seitlichen Bauchpartien ausgebildet hatten; als weitere Symptome führt Autor an: Cyanose und Ödem der Gesichtshaut, Exophthalmus, Dyspnoe, Hämoptoe, Ödem der Thoraxhaut. Von allen diesen Erscheinungen hält Autor die Erweiterung der Hautvenen (Ausbildung eines Kollateralkreislaufes) für das wichtigste Symptom, was besonders dadurch begründet wird, daß sich in 2 weiteren Fällen, wo dieses Symptom fehlte, während alle anderen vorhanden waren, bei der Sektion erwies, daß nur die V. azygos, nicht aber die V. cava komprimiert war. Von den Fällen mit Verschluß der V. cava kam nur einer zur Sektion (Mediastinalsarkom), da jedoch die Symptome in allen Fällen fast völlig übereinstimmten, kann die Diagnose wohl durchwegs als gesichert angesehen werden (Kompression durch Tumoren, Drüsen usw.). 2 Versuche, welche Autor an Leichen anstellte, zeigten, daß der kollaterale Kreislauf (Erweiterung der Hautvenen der Brust und des Bauches, besonders aber auch des Rückens) stärker ausgebildet ist, wenn die V. cava vor der Einmündungsstelle der V. azygos verschlossen ist, als wenn die Kompression unterhalb derselben lokalisiert ist. *v. Holst* (Moskau).

Brustwand:

Rocher, H.-L.: Actinomycose thoracique chez un garçon de douze ans. (Thorax-Aktinomykose bei einem zwölfjährigen Knaben.) Journ. de méd. interne Jg. **18**, Nr. 12, S. 115. 1914.

Beall, Frank C.: Cancer of the breast. (Carcinom der Brust). Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 12, S. 369—372. 1914. [u.o.]

Laurenti, Temistocle: Epitelioma della mammella maschile. (Epitheliom der männlichen Brustdrüse.) Gazz. med. di Roma Jg. **40**, Nr. 9, S. 226—230. 1914.

Speiseröhre:

Schwers, Henri: Witzel's Verfahren für die Resektion des Oesophagus im kardialen Abschnitt. (*Akad.-chirurg. Klin., Düsseldorf.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 19, S. 801—803. 1914.

Die bei Leichenversuchen befolgte Technik war folgende: Großer Bogenschnitt mit Konvexität nach unten am linken Rande des Sternum, an der Grenze des mittleren und unteren Drittels beginnend, über den Rippenbogen etwas oberhalb seines freien Randes hinweg nach hinten verlaufend. Extrapleurale Resektion der Rippen 9—5 inkl., nach vorn unter Mitnahme des größten Teiles des Knorpels, nach hinten bis zur vorderen Axillarlinie. Eröffnung der Pleurahöhle durch Bogenschnitt in der Höhe der 5. Rippe. Isolierung der Speiseröhre von der Lungenwurzel bis zum Foramen oesophageum unter Schonung der Vagi. Eröffnung der Bauchhöhle mit Schnitt an dem Ansatzteil des Diaphragma vorn-unten. Isolierung der Kardia unter Schonung der Vagi. Incision des Diaphragma nach vorn vom Speiseröhrenloch aus 4—5 cm. Nachobendrängen des Diaphragma, gleichzeitig Herunterziehen der Speiseröhre. Das vergrößerte Speiseröhrenloch des Zwerchfells wird von hinten her durch Nähte verkleinert, die Speiseröhre wird eingenäht, die Pleura geschlossen. Die ganze Operation wird in den Bauchraum verlegt. Resektion der Kardia und des Oesophagus; eine direkte Vereinigung, ev. auch Bildung eines unteren Röhrenstückes nach Jianu, können leicht ausgeführt werden. *Boit* (Königsberg i. Pr.).

Lungen:

Lubinski, J. L.: Über künstlichen Pneumothorax und seine physikalischen Zeichen. (*Med. Klin., Halle.*) Dissertation: Halle 1913. 39 S. (Hohmann.)

Im pneumothoracischen Raum entsteht Metallklang, wenn ca. 600 ccm Luft in ihm angesammelt sind, bei einem Drucke von + 3—4 cm H_2O. *Fritz Loeb* (München).[M]

Zimmermann, E.: Die Behandlung mit künstlichem Pneumothorax. St. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **39**, Nr. 8, S. 107—108. 1914.

Hofvendahl, Agda: Beitrag zur Technik bei Pneumothoraxbehandlung. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **31**, H. 1, S. 27—31. 1914.

Hofvendahl hat einen Pneumothoraxapparat konstruiert, welcher den großen Vorteil besitzt, daß das Einführen von Gas in den Pleuraraum wie auch der Gasdruck äußerst gleichmäßig und fein reguliert werden kann, ohne daß irgendwelche mechanische Anordnungen für die Erhöhung oder Senkung des Flüssigkeitsbehälters oder für das Erreichen von Überdruck auf dem Flüssigkeitsniveau erforderlich werden, und daß ein geeigneter Anfangsdruck etabliert werden kann. Die Details müssen im Original nachgelesen werden. *Schumacher* (Zürich).

Voorsanger, William C.: Palliative effect of artificial pneumothorax in treatment of pulmonary tuberculosis. (Palliativeffekt bei Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 19, S. 1450 bis 1453. 1914.

Im großen ganzen nichts Neues. Er hat dreimal in ganz verlorenen Fällen, wo auf einer Seite eine große, die Hauptmasse des Sputums produzierende Kaverne war, einen Pneumothorax angelegt. Der Effekt war, daß die Sputummengen bedeutend zurückgingen, und dem Patienten große Erleichterung geschaffen wurde. *Schumacher* (Zürich).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Konrád, E. v.: Über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Nachbehandlung von operativen Fällen. (*Kgl. ung. Frauenklin. u. Hebammenlehranst., Nagyvárad.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **38**, Nr. 19, S. 682—684. 1914.

Pituitrin, bzw. Pituglandol und Glanduitrin wurden als Mittel zur Anregung der Darmperistaltik nach Operationen erprobt. Ein hartnäckiger Fall von postoperativer Darmparalyse, der mit Glanduitrin erfolgreich behandelt wurde, gab die Veranlassung. Im ganzen wurden 29 Fälle mit 86,2% Erfolgen behandelt. Der Hypophysenextrakt wurde innerhalb der ersten 24 Stunden post operationem in Abständen von je 6 Stunden (je 1,0 ccm) injiziert mit der Absicht, daß, wenn einige Stunden nach der vierten Injektion auch nach Einführung des Darmrohres kein Flatusabgang bemerkbar wäre, andere Mittel zur Anwendung kommen konnten. Die Mißerfolge erklären sich vielleicht dadurch, daß ältere Präparate viel von ihrer Wirksamkeit einbüßen. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).[G]

Flatau, S.: Erfahrungen mit Peristaltin nach Laparotomien. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **39**, H. 5, S. 646—651. 1914.

Empfehlung des Peristaltins zur Anregung der Peristaltik des Darmes für alle Laparotomien in der Dosis von 0,5 intramuskulär in Gesäß oder Oberschenkel oder in das Fettgewebe der Bauchdecken. *Hoffmann* (Greifswald).

Franke: Über chirurgisches Handeln bei Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. Chir. Kong.

Vortr. weist darauf hin, daß man nicht so selten bei der Laparotomie als einzige Ursache schwerer Symptome tuberkulöse Drüsen im Mesenterium findet. Vor allem ist es sehr interessant, daß die die Serosa des Mesenteriums perforierende Mesenterialdrüse oft akut peritonitische Erscheinungen mit hohem Fieber macht. Man findet diese Drüsen im Ileocalwinkel über das ganze Mesenterium zerstreut, während sie im Mesocolon seltener sind. Mit der Exstirpation erzielt man sehr gute Erfolge, zuweilen muß man aber sich auf Partialoperationen beschränken: Auskratzung der verkästen Drüsen, partielle Exstirpation der schwerst Erkrankten. Unter einer großen Zahl von Beobachtungen war nach der Exstirpation der Drüse einmal der Darm so schlecht ernährt, daß man die Darmresektion anschließen mußte. Nach der Exstirpation fand in den meisten Fällen die Heilung statt.

Diskussion: **Bier**-Berlin hat drei Fälle von Mesenterialdrüsentuberkulose gesehen. Bei einem von ihnen handelte es sich um einen Arzt, der alle Symptome des Ulcus duodeni bot und selbst diese Diagnose gestellt hatte. Bei der deswegen vorgenommenen Operation erhob Bier als einzigen pathologischen Befund eine tuberkulose Drüse des Mesenteriums, die reflektorisch den schweren Symptomenkomplex hervorgerufen hatte. Es trat nach der Exstirpation Heilung ein.

Küttner-Breslau hat drei Fälle von ausgedehnter Mesenterialdrüsentuberkulose bei Kindern gesehen, einmal unter den Erscheinungen eines Ileus, zweimal einer Appendicitis. Bei Kindern genügt die Laparotomie als solche zur Heilung.

Riedel-Jena hat acht solcher Fälle mit schwersten klinischen Symptomen gesehen.

de Quervain-Basel erinnert an die Heliotherapie auch bei diesen Erkrankungen.

Körte-Berlin hat ebenfalls nach Exstirpation einer verkalkten Mesenterialdrüse, die den einzigen positiven Befund darstellte, ein völliges Zurückgehen schwerer Symptome gesehen.

Müller-Rostock erinnert vor allem an die schweren akuten Erscheinungen, die eine die Serosa des Mesenteriums perforierende tuberkulose Drüse verursacht.

v. Hofmeister-Stuttgart hat bei einem jungen Menschen wegen Mesenterialtuberkulose 3,40 m Dünndarm mit gutem Erfolg reseziert.

Franke-Rostock weist in seinem Schlußwort darauf hin, daß alle Fälle histologisch und bakteriologisch untersucht sind. *Katzenstein* (Berlin).

Weil, S.: Beitrag zur Klinik der Mesenterialvenenthrombose. (*Chirurg. Univ.-Klin., Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 20, S. 1106—1107. 1914.

Verf. bespricht an der Hand von 2 operierten Fällen die Unterschiede der trunkulären (primär vom Hauptstamm ausgehenden) und der radikulären (zunächst in den Endausbreitungen der Vene lokalisierten) Pfortaderthrombose. Diagnostisch spricht für trunkuläre Thrombose Milzschwellung und Ascites. Prognostisch kann man nur bei radikulärer Thrombose auf Heilung durch Darmresektion hoffen, im anderen Fall wird durch die Resektion lediglich ein Symptom angegriffen. *Kempf.*

Bauchfell:

Pribram: Neue Experimente zur Vermeidung peritonealer Adhäsionen. Chir. Kong.

Vortr. hat Tierexperimente darüber angestellt, ob es gelingt, durch Glaskörper aus dem Auge von Kaninchen Adhäsionen in der Bauchhöhle zu vermeiden. Dies gelingt nur bei den durch leichte mechanische Insulte bedingten Verwachsungen, nicht jedoch bei schweren Adhäsionen, die etwa durch Jod hervorgerufen werden.

Diskussion: **Kocher**-Bern hat versucht, durch entsprechend vorbereitete Milz solche Adhäsionen zu verhüten, die Versuche sind noch nicht abgeschlossen. *Katzenstein* (Berlin).

Santy, P.: Le lavage du péritoine à l'éther. Recherches expérimentales. (Die Ätherwaschung des Peritoneums. Experimentelle Untersuchungen.) Lyon chirurg. Bd. **11**, Nr. 4, S. 313—323. 1914.

Äther, mit dem Peritoneum des nicht narkotisierten Tieres in Berührung gebracht, löst erhebliche Schmerzen aus. Wird nach Eingießen des Äthers die kleine Bauch-

wunde sofort geschlossen oder der Äther mit der Spitze durch die Bauchdecken injiziert, so tritt infolge der sich entwickelnden Ätherdämpfe sofort starker Meteorismus auf. — 12 ccm Äther einem Kaninchen von 1900 g (was 500 ccm bei einem Menschen von 65 kg gleichkommen würde) in die sofort wieder geschlossene Bauchhöhle gebracht, bewirken tiefes Koma, Cyanose, Pupillendilatation, Exitus. 1 g Äther pro Kilo Versuchstier bewirkt, intraperitoneal injiziert, eine Narkose von ungefähr einer Stunde. Keine andere Anwendungsweise läßt den Äther so schnell zur Wirkung kommen. — Bringt man gleichgroßen Tieren 20—30 g Äther nach Laparotomie in die Bauchhöhle, wartet aber mit dem Schluß derselben, bis die Ätherdämpfe entwichen sind, so daß der intraabdominale Druck nicht steigen kann, so zeigten sich höchstens leichte Vergiftungserscheinungen. Der Dünndarm kontrahiert sich stark bei Berührung mit Äther (Kältewirkung); der Dickdarm dagegen zeigt in der Regel eine leichte Erweiterung. — Die so behandelten Tiere ließ man verschieden lange am Leben, um die durch Äther bewirkten Peritonealschädigungen zu studieren. Diese Schädigungen sind die ersten Tage auch makroskopisch sichtbar als Ecchymosen und hyperämische Stellen. Mikroskopisch zeigt sich das Endotheliom geschädigt, dessen Zellen sich retrahieren und zum Teil abstoßen. Die zurückgebliebenen Zellen vermehren sich und nach 12 Tagen ist das Endothelium wieder völlig hergestellt. Das Bindegewebe, das durch Äther ebenfalls gereizt wird, verdickt sich. Die Peritonealschädigungen sind also viel geringer als man sie erwartete. — Gefährlich ist nur der sofortige Schluß der Bauchhöhle. *Amstad* (Basel).

Molard: Péritonite tuberculeuse. Traitement par les rayons X. (Tuberkulöse Bauchfellentzündung. Behandlung mit Röntgenstrahlen.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. Jg. **17**, Nr. 3, S. 178—179. 1914.

Fall von schwerer Bauchfelltuberkulose bei einem 4jährigen Kinde mit starkem Ascites und zahllosen Drüsenschwellungen am Hals, in den Schlüsselbeingruben und Leistenbeugen, geheilt durch mehrmalige Röntgenbestrahlungen (jedesmal 5 H = 10 X mit 3 mm starkem Aluminiumfilter). Die Beobachtung der Heilungsdauer erstreckt sich über 6 Monate. *Schenk* (Charlottenburg).

Albertario, Erminio: La roentgenterapia delle peritoniti tubercolari. (Die Röntgentherapie der tuberkulösen Peritonitis.) (*Clin. med., univ., Pavia.*) Gazz. med. ital. Jg. **65**, Nr. 17, S. 161—163, Nr. 18, S. 171—173 u. Nr. 19, S. 181—184. 1914.

Experimentelle Erfahrungen an zwei Serien von Meerschweinchen, welche künstlich intraperitoneal mit Tuberkelbacillen infiziert wurden. Die mit Röntgenstrahlen behandelten Tiere überlebten die Infektion länger als die Kontrollserie. Histologisch zeigten sich neben der Drüsenverkäsung deutliche Involutionsvorgänge. Die Kasuistik über 15, zum Teil nur kürzere Zeit klinisch beobachtete Fälle führt bei zwei Todesfällen zu dem Resultat, daß die Röntgentherapie meist Reizerscheinungen am Peritoneum auslöst, welche mit Vermehrung der Leukocyten und des Ascites und Temperatursteigerungen eingehen. Später bessern sich alle klinischen Erscheinungen. Die Flüssigkeit wird resorbiert, die Diurese gesteigert. Histologisch beobachtet man fibröse Ausheilung der Tuberkel. Im Blutbad tritt eine Verminderung der Lymphocyten, eine Vermehrung der eosinophilen Zellen hervor. Die Technik der Bestrahlung wird nur ungenau angegeben. *Hotz* (Freiburg).

Machefer: Les péritonites biliaires sans perforation des voies biliaires. (Biliäre Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege.) Thèse: Paris 1913.

Verf. weist darauf hin, daß es eine biliäre Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege gibt. Dabei handelt es sich wahrscheinlich um einen Filtrationsprozeß durch die Wand der Gallenblase. Über die Ätiologie des Prozesses ist nichts Sicheres bekannt. Es muß aber angenommen werden, daß in diesen Fällen Läsionen der Blasenwand vorhanden sind. Die Prognose ist sehr ernst; die Diagnose schwierig. Die Therapie der Wahl ist die Cholecystectomie. *Fritz Loeb.*

Hernien:

Schloffer, H.: Über die Radikaloperation von Rezidivhernien. Verhandl. d. Ges. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, 85. Vers., Wien, Sept. 1913. Tl. **2**, H. 2, S. 416 bis 417. 1914.

Bericht über 67 Fälle, davon 61 Leistenhernien. Von 49 Fällen sind 46 zum größten Teil

seit mehr als 5 Jahren geheilt; auch bei Fällen von zweimaligem Rezidiv brachte die zweite Rezidivoperation dreimal Heilung. Sorgfältige und ausreichende Freilegung der zur neuerlichen Naht zu verwendenden Schichten und Verwendung nur annähernd normalen Muskels zur Naht wird empfohlen. Zur Unterstützung der Obliquusnaht ist, wo immer möglich, auch der aus seiner Scheide gelöste Rectus heranzuziehen. 2 Wochen volle Bettruhe nach der Operation.
Kaerger (Kiel).

Steimker, W. v.: Zwei seltenere Hernien. (*Chirurg. Klin. u. anat. Inst., Göttingen.*) Dissertation: Göttingen 1913. 39 S.
Hernia supravesicalis externa und Hernia ventralis lateralis. *Fritz Loeb* (München).

Magen, Dünndarm:

Beyea, Henry D.: The surgical treatment of gastroptosis. (Chirurgische Behandlung der Gastroptose.) Pennsylvania med. journ. Bd. 17, Nr. 7, S. 527—533. 1914.

Beyea kennt 4 Operationsmethoden zur Behandlung der Gastroptose. 1. Die Gastropexie oder partielle Fixation an der vorderen Bauchwand. 2. Die Operation nach Coffey (Anheftung des großen Netzes an der vorderen Bauchwand. 3. Die Anheftung des Lig. gastrocolicum an die vordere Bauchwand mit oder ohne Raffung des Lig. gastrohepaticum. 4. Die Hebung des Magens durch Raffung des Lig. hepatogastricum unter Mitfassen eines Teils des Magens (soviel wie bei einer Lambertnaht). Die letztere Methode stammt von B. selbst und er hält sie für die beste, da sie die Motilität des Magens am wenigsten stört. Für die Operation von Wichtigkeit ist, daß der obere Teil des Lig. hepatogastricum, die Pars condensa besonders widerstandsfähig für die Naht ist. 86% der Operierten waren geheilt oder ganz bedeutend gebessert.
Bernard (Halle).

Vigliani, Rodolfo: Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'ulcera gastrica. (Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des Magengeschwürs.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Padova.*) Clin. chirurg. Jg. 22, Nr. 4, S. 613—643. 1914.

Die Ansichten über die Entstehung des Magengeschwürs sind nach Vigliani noch nicht geklärt. Um festzustellen, ob Zirkulationsstörungen am Magen oder Nervenveränderungen der zugehörigen Nerven oder Lebererkrankungen Magengeschwüre erzeugen können, machte er zahlreiche Versuche an Hunden und Kaninchen. Er injizierte koagulierende Lösungen (Chloralhydrat und Aqua destillata zu gleichen Teilen) in einzelne Magenarterien und kleine Lycopodienkörper in einzelne Magenvenen. In einer anderen Reihe von Experimenten durchschnitt er die Äste des Nervus vagus unterhalb des Zwerchfells, in einer anderen unterband er die Appendix, bei anderen Tieren nahm er Teile des großen Netzes fort und endlich rief er Leberveränderungen durch Unterbindung von Zweigen der Vena porta hervor. Die Tiere überstanden die in Narkose ausgeführten Operationen gut und sie wurden in gewissen Zeiträumen getötet. Durch alle diese genannten Operationen wurden zwar in einzelnen Fällen Ekchymosen der Schleimhaut, aber keine typischen Magengeschwüre hervorgerufen, die mit dem peptischen Magengeschwür des Menschen verglichen werden können. Verf. glaubt daher im Gegensatz zu der Ansicht anderer Autoren, daß weder Zirkulationsstörungen, noch Nerveneinflüsse, noch Netzresektionen, noch Appendix- und Lebererkrankungen das peptische Magengeschwür hervorzurufen vermögen. *Herhold* (Hannover).

Girode, Charles: La périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac. (Étude clinique et thérapeutique.) (Adhäsive Perigastritis beim Magengeschwür [klinische und therapeutische Studie].) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. 11, Nr. 10, S. 157 bis 159. 1914.

Smithies, Frank: A new fluoroscopic sign for the differentiation of pyloric spasm of extragastric origin from that associated with uncomplicated gastric ulcer on or near the lesser curvature. (Ein neuer Durchleuchtungstechnischer Wink zur Unterscheidung von Pylorusspasmus aus Ursachen, die außerhalb des Magens liegen,

von dem, der bei unkompliziertem Magengeschwür an oder nahe der kleinen Kurvatur auftritt.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 17, S. 1308—1309. 1914.

Bei jugendlichen Erwachsenen beiderlei Geschlechts ist die häufigste Ursache der Hyperacidität Pylorospasmus, der mit subakuter oder chronischer Erkrankung der Appendix oder der Gallenblase einhergeht. Etwa 11% von diesen haben Magengeschwüre. Die Unterscheidung, welche der genannten Affektionen oder ob beide vorliegen bei Pylorospasmus, ist nicht leicht. 60% der kallösen und komplizierten Ulcera können mit Röntgenstrahlen genau erkannt werden, nicht so leicht akute am Pylorus und der kleinen Kurvatur. Die letzteren werden häufig mit Appendix- oder Gallenblasenleiden verwechselt. Die Zeichen einer Hyperacidität bei Durchleuchtung sind: hypertonischer Magen, kräftige Peristaltik, sehr schnelles Sichtbarwerden des Duodenum, Empfindlichkeit oder Muskelspasmus über der Pylorusgegend, und vielleicht abnorme Contracturen an der großen Kurvatur („physiologischer" Sanduhrmagen). Technik der Untersuchung: Wismut- oder Barium-Buttermilch. Der Pylorospasmus beim Ulcus nahe der kleinen Kurvatur und der bei Appendix- oder Gallenblasenerkrankung haben folgende gleiche Befunde: Wenn nicht deutliche Magenatonie vorliegt, ist Retention der Mahlzeit selten. Es findet sich hypertonischer Magen, gewöhnlich starke Magenperistaltik, schnelles Sichtbarwerden des Duodenum; freie Bewegung des Magens, seitlich oder vertikal gesehen, bei Palpation oder Kneten; Empfindlichkeit bei mäßigem oder tiefem Druck auf die Pylorusgegend. Wechselnde Befunde sind: abnorme peristaltische Wellen, d. h. tiefe Einziehungen oder dem ähnliche Nischen an der großen Kurvatur, besonders, wenn der Magen geknetet oder geschlagen wird; empfindliche Zonen längs der kleinen Kurvatur, die sich mit Lageänderung des Magens verschieben. Empfindlichkeit inmitten des Epigastrium, rechter Fossa iliaca oder anatomischer Gallenblasengegend. Nach der ersten Untersuchung bekommt der Patient Atropinum sulfuricum. Eine erneute Untersuchung zeigt jetzt bei unkompliziertem Ulcus an oder nahe der kleinen Kurvatur bei kräftiger Palpation der letzteren einen anhaltenden Spasmus der zirkulären Muskulatur, der zu einer deutlichen Einziehung auch an der großen Kurvatur führt. Empfindlichkeit am Pylorus ist veränderlich, findet sich bei Miterkrankung auch an Appendix und Gallenblase. Bei Pylorospasmus nur auf Grund der letzten Ursachen entsteht auch bei starker Palpation der genannte, bestehenbleibende Spasmus am Magen nicht. Empfindlichkeit in der Fossa iliaca und der Gallenblasengegend ist dagegen häufig. Öftere Untersuchung muß den Befund bestätigen.

Hoffmann (Dresden).

Chir. Kong. **Küttner: Beiträge zur Magenchirurgie auf Grund von tausend Fällen chirurgischer Magenerkrankungen.**

Vortr. hat, seitdem er die Klinik in Breslau leitet, seit nahezu 7 Jahren also, 11 000 chirurgische Magenerkrankungen gesehen. In $^2/_3$ der Fälle handelte es sich um Carcinom, davon wurden 196 Fälle reseziert. Das Carcinom verläuft oft deswegen so latent, weil so selten Pylorusstenosen eintreten; im Gegenteil, durch Starre des Pylorus meist eine rasche Entleerung des Magens stattfindet. 15% aller Carcinomfälle hatten jahrelang vorher die verschiedensten Arten von Magenleiden, am seltensten jedoch Ulcus. Der Übergang eines Ulcus in ein Carcinom ist äußerst selten; das scheinbare Ulcus callosum ist allerdings oft nichts anderes als ein Carcinom, jedoch der Übergang eines Ulcus in Carcinom findet nur selten statt. Bei der Operation des Magencarcinoms kommt es nicht so sehr auf den Zeitpunkt der Operation, als auf die Art des Carcinoms an (Boas). Das Röntgenverfahren ergibt keine Frühdiagnosen, ermöglicht jedoch meistens eine Differentialdiagnose. Bei Billroth II ist die Versorgung des Duodenalstumpfs oft schwierig und gibt zu Mißerfolgen Anlaß, einmal wegen der schweren Versorgung des Stumpfes und dann wegen der in ihm stattfindenden Stauung. Bei 162 Resektionen hatte Vortr. 25% Mortalität. Die Gastroenterostomie bei Carcinomen wurde in 18% der Fälle ausgeführt, die längste Lebensdauer danach war 16 Monate. Dauererfolge nach der Resektion des Magencarcinoms sah Vortr. in 18% aller Opera-

tionen. Von der Strahlentherapie sah Vortr. bei Magencarcinom keine Erfolge. — Das Magengeschwür. Bei akuten Blutungen operiert Vortr. nicht. Es besteht hierbei keine große Lebensgefahr; er sah nur einen Todesfall wegen Blutung, und der war, wie die Sektion ergab, nicht durch ein Ulcus, sondern durch multiple Ecchymosen bedingt. Beim Ulcus ergab das Röntgenverfahren sehr gute Resultate. Er weist nur auf die verlangsamte Entleerung infolge des Spasmus hin. Je langsamer der Magen sich entleert, desto näher sitzt das Ulcus dem Pylorus. Die Resektion führt Vortr. nur bei dem callösen Ulcus aus, da man hierbei nicht unterscheiden kann, ob Ulcus oder Carcinom vorliegt. Das Normalverfahren ist die Gastroenterostomie. Denn die Umwandlung eines Ulcus in Carcinom ist sehr selten. Nachblutungen, die sonst beobachtet wurden, hat er nur einmal gesehen; nachträgliche Perforation des Ulcus nie. Die Resektion ist viel gefährlicher (20% Mortalität, Gastroenterostomie 4%). Die Dauererfolge sind bei der Gastroenterostomie ausgezeichnet; Vortr. sah in 65% Heilungen und 20% Besserungen auch bei ptotischem Magen. Meist wird eine Gastroenterostomie mit Naht gemacht. Der Knopf wird nur bei geschrumpftem Magen angewendet. Die Funktion der Gastroenterostomie ist dauernd auch im Röntgenbilde gut nachweisbar. Die Umschnürung des Pylorus ist überflüssig.

Katzenstein (Berlin).

Perthes: Über die Resektion des Magens beim Magengeschwür. Chir. Kong.

Die bei dem Geschwür des Magenkörpers gewöhnlich vorhandenen spastischen Einschnürungen finden sich sehr häufig nicht an der Stelle des Geschwürs selbst, sondern unmittelbar pyloruswärts davon. Es spricht das dafür, daß ihre ätiologische Bedeutung weniger in der Abklemmung von Gefäßen als in der Erzeugung einer Stenose zu suchen ist, welche aus mechanischen Gründen das Bestehenbleiben und die Vergrößerung des Ulcus begünstigt. In den spastischen Einschnürungen, welche das Ulcus von der Wirkung der Gastroenterostomie abschließen, findet Vortr. die Ursache, weshalb bei dem Geschwür des Magenkörpers die Gastroenterostomie höchst unsichere Heilresultate ergibt. Mitteilung von drei röntgenologisch und operativ kontrollierten Fällen, in denen trotz früher angelegter gut funktionierender Gastroenterostomie dennoch das Ulcus des Magenkörpers sich weiter vergrößerte. Hieraus ergibt sich bei dem Ulcus des Magenkörpers die Indikation zur Querresektion, die Vortr. mit bestimmter Technik ausführt. 18 von dem Vortr. in den letzten 3 Jahren ausgeführte reine Querresektionen ergaben ausnahmslos gute Resultate. Bei der späteren Nachkontrolle der Fälle fanden sich zwei verschiedene Formen des querresezierten Magens: 1. Schlauchförmiger Magen mit sehr schneller Entleerung, dauernd offenem Pylorus. Diese Patienten haben oft Heißhunger, nehmen aber alle trotz Ausfall der Magenverdauung an Körpergewicht zu. 2. Magen mit einer präpylorischen Ausbuchtung und etwas langsamerer, annähernd normaler Entleerung. Hier fehlt das Symptom des Heißhungers. Diese anzustrebende Magenform läßt sich durch bestimmte Art der Ausführung der Resektion erzeugen. In vier weiteren Fällen, in welchen das Ulcus des Magenkörpers sich mit einer organischen Pylorusstenose verband, hat Vortr. mit gutem Erfolg die ganze periphere Magenhälfte reseziert. — Beim callösen Geschwür des Pylorus sucht Vortr. die Gefahr der Verwechslung des reinen Geschwürs mit einem Carcinom dadurch zu umgehen, daß während der Operation Untersuchungen der Lymphdrüsen der Nachbarschaft vorgenommen werden. Nur wenn sich Carcinom ergibt, wird reseziert, dann aber sehr gründlich, sonst wird in diesen Fällen von Geschwüren des Pylorus nur Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung gemacht. Der Vortrag wurde durch Projektion der Röntgenbilder am Projektionsabend erläutert.

Katzenstein (Berlin).

Haudek: Über die weiteren Schicksale operierter und nicht operierter Patienten mit tiefgreifenden Geschwüren des Magenkörpers auf Grund von 250 eigenen Beobachtungen. (Ein Beitrag zur Indikationsstellung.) Chir. Kong.

Auf Grund seiner im Laufe von vier Jahren erfolgten Untersuchungen und Nach-

untersuchungen fand Vortr. bei allen Fällen, die er mit Hilfe der Nische als chronisches kraterförmiges Geschwür des Magenkörpers diagnostiziert hatte, wenn sie nicht operiert wurden, derartig häufig Rezidive der periodisch auftretenden Beschwerden, auch bei den intern behandelten Fällen, daß er im allgemeinen die operative Indikation für gegeben erachtet. Unterstützt wird diese Ansicht durch die Gefahren des Leidens, Blutungen, allmähliger Kräfteverfall, maligne Degeneration in $3^1/_2\%$ der Fälle, doch hält er die Indikation für keine unbedingte, da einerseits Fälle mit relativ leichtem Verlauf, mit geringen Beschwerden und langen, vollkommen beschwerdefreien Intervallen vorkommen, andererseits die Operationsresultate der einfachsten Magenoperation, der Gastroenterostomie, bei dem hohen Sitz des Geschwürs nicht sehr günstige sind. Von 66 Gastroenterostomierten starben 8, hiervon allerdings 5 infolge des schon zu weit vorgeschrittenen Grundleidens kurze Zeit nach der Operation, bei 26 Fällen rezidivierten die Beschwerden, hiervon war 20mal das Wiederauftreten bzw. das Erhaltenbleiben der Nische für den Fortbestand des ursprünglichen Leidens trotz guter Funktion der Gastroenterostomie bezeichnend. 6 Fälle wurden wieder operiert. Von 12 nachuntersuchten Fällen aus dem Jahre 1909 und 1910 waren 10 Rezidive, so daß eine Verminderung der Zahl der 16 geheilten Fälle aus den folgenden Jahren für die Zukunft zu befürchten ist. Von 13 Fällen, reseziert nach Billroth II, sind 8 geheilt, 2 gebessert, 3 kurze Zeit nach der Operation gestorben. Von 6 Jejunostomien starben 3, die schon in schlechtem Zustand operiert wurden, 1 Fall blieb geheilt, 2 Fälle rezidivierten, einer hiervon wurde durch nachfolgende Querresektion geheilt. Von 4 Gastroplastiken rezidivierten 3, bei einem Falle fehlt die Antwort, ebenso rezidivierten zwei Gastrostomien und eine von zwei Gastroenterostomien. Von 17 Querresektionen sind 14 geheilt, eine gebessert, 2 Fälle gestorben. Der Röntgenbefund der querresezierten Magen ist ein typischer, ein kurzer kontrahierter Magen mit ungemein schneller Entleerung durch den offenstehenden Pylorus. In dieser erblickt Vortr. einen günstigen prognostischen Faktor, da hierdurch die Ansammlung von saurem Magensekret mit deren Folgeerscheinungen verhindert wird. Die Querresektion ist wohl technisch schwierig, nach ihren ausgezeichneten Resultaten aber dankbar. Den Grad der Schwierigkeit der Radikaloperation kann der Chirurg aus dem Röntgenbilde ablesen, wobei Größe, hohe Lage der Nische und Einrollung als erschwerend in Betracht zu ziehen sind.

Diskussion: **v. Haberer**-Innsbruck vertritt in der Frage des Ulcus ventriculi ähnlich wie Perthes den radikalen Standpunkt, er reseziert bei Ulcus, auch beim Ulcus ad pylorum. Bei pylorusfernem Ulcus ist er nach den wenig befriedigenden Erfahrungen, über die Clairmont an der Hand des v. Eiselsbergschen Materials bezüglich der einfachen Gastroenterostomie berichtet hat, ein absoluter Anhänger der Resektion geworden. v. Haberer verfügt über 83 Ulcusresektionen mit 75 Heilungen und 8 Todesfällen. Die Fernresultate sind gut. Es wird vielfach über Rezidive des Ulcus auch nach der Resektion gesprochen. v. Haberer bezweifelt, daß es sich dabei immer um echte Rezidive gehandelt hat. Er glaubt, daß öfters, als bisher angenommen, ein zweites Ulcus bei der Operation übersehen wurde. Wenn beispielsweise ein Pylorusulcus nach der Methode Billroth II exstirpiert wird, während ein zweites Ulcus noch an der kleinen Kurve zurückgelassen wird, dann haben wir nach der Resektion des Pylorus dieselben Verhältnisse wie nach einfacher Gastroenterostomie beim pylorusfernen Ulcus. Solche Patienten können ihre Beschwerden behalten. v. Haberer hat unter seinen 83 Fällen in 15 multiple Ulcera (bis 5) gefunden, d. i. in 18 % der Fälle. Es ist ihm durch Palpation gelungen, diese Ulcera, die oft gar keine Serosaveränderung gesetzt haben, zu finden. Leiten ließ er sich durch das Verhalten der Drüsen. Er hat nämlich gefunden, daß in der Nähe der Ulcera an einer der beiden Magenkurvaturen sich immer Drüschen finden, die gelegentlich auch etwas gerötet sein können. Palpiert man die diesen Drüsen entsprechenden Magenpartien sorgfältig ab, so kann man selbst ganz kleine Geschwürsdellen fühlen. Besonders leicht wird bei stark stenosierendem Pylorus ein hoch an der kleinen Kurve sitzendes Ulcus übersehen, da in diesen Fällen ein großer Sackmagen vorliegen kann, so daß selbst bei Penetration des zweiten Ulcus dieses sich der Röntgenuntersuchung vor der Operation entzieht. Denn solche Sackmagen kann man nicht ganz mit Wismut füllen. v. Haberer zeigt ein solches, durch Operation gewonnenes Präparat. Man muß demnach stets sorgfältig den ganzen Magen absuchen, dann sind auch bessere Erfolge zu gewärtigen.

Federmann-Berlin hat 18 Querresektionen wegen Magenulcus ausgeführt, doch zweimal das Auftreten eines Carcinoms ein Jahr nach der Operation gesehen.

Clairmont-Wien: Bei 305 Gastroenterostomien hat er 146 gute Resultate gesehen. Das entspricht 48 %. Die Gastroenterostomie wirkt nur gut bei Pylorusulcus, beim pylorusfernen Ulcus ist die Resektion vorzunehmen. *Katzenstein* (Berlin).

Maugeais: De la gastro-enterostomie, ses indications, ses résultats avec dix observations. (Über die Gastroenterostomie, ihre Indikationen und ihre Resultate mit 10 Beobachtungen.) Année méd. de Caen Jg. **39**, Nr. 5, S. 225—235. 1914.

Friedman, G. A.: The value of polycythemia for the diagnosis of duodenal ulcer, based upon sixteen operatively demonstrated cases. (Der Wert der Polycythämie für die Diagnose des Duodenalulcus. [16 durch Operation sichergestellte Fälle].) Med. rec. Bd. **85**, Nr. 20, S. 875—881. 1914.

Friedman hält eine Polycythämie bei Ulcus Duodeni für einen konstanten Befund, der auch nach einer Operation noch erhoben werden kann. Daneben werden an der Hand der Fälle die anderen bekannten Ulcussymptome besprochen. *Bernard.*

Guleke: Ergebnisse der Pylorusausschaltung durch Fadenumschnürung. Chir.Kong.

Guleke untersuchte gemeinsam mit Dietlen 11 Fälle von Magen- bzw. Duodenalulcus, bei denen vor ½ bis etwa 2 Jahren außer der Gastroenterostomie die Pylorusexklusion mittels Ligatur ausgeführt worden war. Überraschenderweise erwies sich der Pylorus bei 9 von 11 Fällen noch als praktisch undurchgängig (im Widerspruch mit dem diesbezüglichen Tierexperiment!). Das Verfahren ist demnach für Fälle, bei denen die Beendigung der Operation drängt, zulässig und nach G. bei akuten Geschwürsperforationen, bei denen der Verschluß der Perforationsöffnung dadurch wesentlich gesichert wird, besonders zu empfehlen. *Katzenstein* (Berlin).

Decker: Über eine seltene postoperative Komplikation nach Gastroenterostomie. (*Dr. Deckers Sanat. f. Magen-, Darm- und Stoffwechselkr., München.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 18, S. 554—555. 1914.

Decker teilt einen Fall mit, bei dem 2 Jahre nach einer wegen Ulcus angelegten Gastroenterostomie sich erneute Beschwerden geltend machten, und es dem Pat. auffiel, daß sein Stuhl oft grau gefärbt aussah. Ikterus hatte er nie gehabt. Der Magen enthielt bei normalen Säureverhältnissen fäkulenten Inhalt. Die Diagnose wurde auf eine Magen-Jejunum-Kolonfistel gestellt und durch die Operation bestätigt. D. zieht hieraus den Schluß, daß schon der normale Magensaft mit seiner Säure genüge, um peptische Geschwüre zu erzeugen, und daß mit Rücksicht auf das späte Einsetzen (2 Jahre) der Beschwerden eine von manchen Autoren angenommene Zirkulationsstörung infolge Gefäßunterbindung oder die Operationsmethode (Gastr. ant. oder post.) nicht in Betracht komme. *Bernard* (Halle a. S.).

Saar, v.: Zur Kenntnis der phlegmonösen Prozesse des Magendarmkanals. Chir.Kong.

Vortr. berichtet über einen der seltenen Fälle von phlegmonöser Aszendenskolitis, der unter den Erscheinungen einer Appendicitis-Peritonitis zur Operation kam. Bei bestehender eitriger Peritonitis war das ganze Colon ascendens in ein starres, derbes Rohr verwandelt; die Haustren waren in der Tiefe der Falten stellenweise nekrotisch. Primäre Vorlagerung des ganzen kranken Darmabschnittes und sekundäre Exstirpation desselben nach Anlegung einer Ileotransversostomie. Vollständige Heilung. (Demonstration des gewonnenen Präparats nebst histologischen Schnitten durch dasselbe.) Der Fall beweist, wie einige wenige andere in der Literatur bekannte Fälle, daß Entzündungsprozesse schwerer und schwerster Natur nicht spezifischen Charakters sich unter besonderen Verhältnissen nicht nur am Blinddarm, sondern an jeder Stelle des Dünn- oder Dickdarms entwickeln können. *Katzenstein* (Berlin).

Matthews, A. A.: Perforating duodenal ulcer with reference to pain in left shoulder as a symptom. (Perforierendes Duodenalgeschwür. Schmerz in der linken Schulter als ein Symptom.) Northwest med. Bd. **6**, Nr. 4, S. 97—101. 1914.

In 4 von 6 Fällen trat mit bzw. nach der Perforation Schmerz in der linken Schulter auf, der in einem Falle sogar das einzigste war, worüber der Patient klagte. Von einer Patientin wurden die Schmerzen in das Gelenk bzw. in die Schulterhöhe verlegt. Verf. geht dann ausführlicher auf das klinische Bild der Perforation ein. Meist gehen der Perforation mehr oder weniger bestimmte Symptome gastrischer Beschwerden bzw.

Beschwerden in der rechten Oberbauchgegend voraus. Charakteristisch ist die Veränderung der Atmung, das Überwiegen der thorakalen Atmung, die Starre der Bauchmuskeln. Der Bauch ist zunächst eingezogen. Der Schmerz ist im Augenblick der Perforation meist äußerst stark und ist anfangs ein epigastrischer. Erbrechen ist in $^2/_3$ aller Fälle vorhanden; der Schok ist ein meist überschätztes Symptom. Meist ist er nur kurz und keine Kontraindikation gegen sofortige Operation. Diese kann nie früh genug vorgenommen werden und ist schon indiziert, wenn auch nur der Verdacht auf Perforation vorliegt. Das Verschwinden der Leberdämpfung ist ein Spätsymptom. Dämpfung in den Seiten kann nur eintreten, wenn beträchtliche Zeit vergangen und eine größere Menge Darminhalt ausgeflossen ist, hat also für die Frühdiagnose keinen Wert. Bei der Diagnose ist der gewöhnlichste Irrtum die Annahme einer akuten Appendicitis. Für die Behandlung hat das nicht viel zu sagen, denn wenn die Appendix sich als gesund erweist, wird man auf die richtige Diagnose kommen. Der Schnitt am Mc Burneyschen Punkt dient dann als Öffnung für die Drainage des kleinen Beckens, die Verf. sonst suprapubisch anlegt. Bezüglich der Behandlung steht Verf. auf dem Standpunkt, daß das Übernähen des Geschwürs vollkommen genügt, ev. noch Sicherung durch Mesenterium bzw. Netz. Bezüglich der Frage, ob man zu gleicher Zeit eine Gastroenterostomie anlegen solle, meint Verf., daß die Entschließung hierüber von dem einzelnen Falle abhängt. Ein geschickter Chirurg wird diesen den Eingriff doch wesentlich komplizierenden Eingriff eher wagen können als ein weniger geschickter. Wichtig ist die Drainage der Bauchhöhle. Er legt, wie schon gesagt, in jedem Falle eine suprapubische Drainöffnung an. Patient muß in extreme Fowlersche Lage gebracht werden, weil diese am besten für die Drainage des subphrenischen Raums sorgt. Gegenöffnungen am Rücken, ev. durch den subpleuralen Raum, bzw. transpleural, sind zunächst nicht gerechtfertigt, werden sich aber hier und da im weiteren Verlauf nötig machen. Die Drains werden nach 36—48 Stunden allmählich verkürzt. Verf empfiehlt ferner warm die Anwendung der Darmirrigation, nach der einen oder anderen Methode. Er zieht warmes abgekochtes Wasser der Kochsalzlösung vor, mit der Begründung, daß der Mensch ja sonst auch keine Salzlösung trinke, und das Kochsalz doch recht schädlich wirken könne.

Wiemann (Kiel).

Carter, Ralph M.: A brief consideration of some recent tests for gastric carcinoma. (Kurze Betrachtung einiger neuerer Proben zur Diagnose des Magencarcinoms.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 5, S. 645—648. 1914.

Von den Proben, die den Mageninhalt als Grundlage haben, bespricht Verf. kurz die Tryptophanprobe und ihre Modifikationen, die Probe von Oppenheim (Essigsäurezusatz zum Filtrat = Trübung), die Probe auf Hämolysine, den Nachweis anhaltender okkulter Blutungen. Von den Urinproben erwähnt Verf. die Bestimmung des kolloidalen Stickstoffes, die Bestimmung des Schwefels. Von den serologischen Methoden berührt Verf. die Meiostagminreaktion und, nur aufzählend, die biologischen Proben nach Abderhalden, die Komplementablenkungsreaktion, die Hautreaktion nach Elsberg u. a. Etwas näher geht er dann noch auf die technischen Methoden ein, die Röntgenstrahlen und das Gastroskop, die zurzeit in den Händen Erfahrener noch das Beste leisten. Für die Zukunft scheint ihm von den 4 Arten die serologische die aussichtsreichste zu sein. *Wiemann* (Kiel).

Chir. Kong.

Anschütz: Zur Prognose des Magencarcinoms.

Nur 2—3% der Magencarcinome werden über drei Jahre geheilt. Allerdings kommt nur etwa die Hälfte der Fälle zum Chirurgen, und hiervon wird nur $^1/_4$ reseziert. Faßt man nun die große Gruppe der Resektionsfälle ins Auge, so sind die Resultate nicht schlechter als bei anderen Carcinomen, etwa 18—20%, auf alle Überlebenden berechnet sogar 30%. Unter den geheilten Fällen befinden sich doppelt soviel Frauen als Männer. Das Carcinom des jüngeren Alters ist nicht maligner als das des älteren. Die Hälfte der Fälle hat lange Anamnesen — über 1 Jahr. Diese Tatsache wurde mit Recht von Boas stets hervorgehoben. Selbst bei schlechtem Allgemeinbefinden kommen Dauerheilungen vor. Die Tumoren waren in 20% der Fälle nicht palpabel. Große unbewegliche Tumoren wurden nicht geheilt. In 33% der Fälle wurden bei der Operation Ver-

wachsungen gefunden, aber auch sehr schwere solcher Fälle wurden geheilt. Man sollte aber die Kolonverwachsungen nicht scheuen, gerade diese Fälle geben, wenn sie operiert sind, relativ gute Aussichten. 30% der Carcinome saßen nicht am Pylorus Das mikroskopische Bild ist diagnostisch nicht ausschlaggebend. Verwechselungen von Ulcus und Carcinom kommen am häufigsten am Pylorus vor. Echte Ulcuscarcinome sitzen meist an der kleinen Kurvatur. Die Resultate der Gastroenterostomie sind nicht sehr befriedigend, deshalb ist für pylorusferne Ulcera die Resektion zu empfehlen. *Katzenstein* (Berlin).

Frank, Gustav: Über Kombination von Carcinom und Tuberkulose des Magens. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol. Bd. 8, H. 2, S. 172—185. 1914.

Verf. stellt aus der Literatur eine größere Anzahl von Beobachtungen gleichzeitiger tuberkulöser und carcinomatöser Erkrankung desselben Organs zusammen und beschreibt dann einen Fall von Kombination dieser beiden Erkrankungen im Magen. Im Anschluß daran wird die Frage erörtert, welche Erkrankung als primär anzusehen ist und ob ein innerer Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen anzunehmen ist. Eine positive Antwort auf diese Fragen vermag Verf. für seinen Fall nicht zu finden; erwiesen scheint ihm nur, daß bei dem gleichzeitigen Befund einer chronischen Lungentuberkulose und der fast ausschließlichen Lage der Tuberkel innerhalb der Magenmuskulatur letztere auf hämatogenem Wege in seinem Falle entstanden sind. *Oskar Meyer* (Stettin).M

Payr: Elektromagneten für Diagnostik und Therapie und Magendarmpathologie. Chir. Kong.

Der Magendarmkanal wird entweder nach Art der Wismutmahlzeit per os, oder für den Dickdarm nach Einlauf mit ferromagnetischer Masse beschickt; als solche hat sich das Eisenoxydul, das Ferrum reductum und der Magneteisenstein (im Handel in Form des Kontrastmittels Diaphanit erhältlich) am zweckmäßigsten erwiesen. Der Einlauf wird mit Bolus und Wasser zurechtgemacht. Das magnetische Feld des unter Beihilfe von Professor du Bois-Berlin hergestellten Apparates ist so stark, daß es auf weite Entfernungen hin — über 15 cm, also durch die stärksten Bauchdecken hindurch — die eisenbeschickten Magendarmteile anzieht und beliebig im Ausmaß ihrer Befestigungsbreite zu verlagern gestattet. Die ferromagnetische Masse sammelt sich zu einem Depot, das dann der Fernwirkung des Magneten gehorcht. Da die genannten Eisenverbindungen zugleich Kontrastmittel sind, ist eine gleichzeitige radiologische Kontrolle der Bewegungsvorgänge innerhalb der Bauchhöhle ermöglicht. Außerdem vermittelt die zwischen Elektomagnetpol und Bauchdecken gelegte Hand des Operateurs eine Dosierung der Kraftentfaltung. Die sich bewegenden Magendarmteile werden gefühlt, abnorme Befestigungen durch Spannungsgefühl, Schmerz und Palpation erkannt. Zahlreiche Tierversuche und die bisherigen Erfahrungen am Menschen haben bisher keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer Gefahr von Blutung und intraperitonealer Organläsion ergeben. Die Darmwand zeigt nicht einmal capillare Blutungen. Die klinische Bedeutung des Verfahrens ist eine vierfache: 1. für die Diagnose (Palpation, Lokal- und Fernschmerz, Röntgen), 2. für die Prophylaxe peritonealer Adhäsionen, 3. für die Therapie solcher und anderweitiger Zustände, 4. für die Untersuchung physiologisch-biologischer Probleme am Magendarmkanal (Sensibilität, Ablauf der Peristaltik usw.). Die größte Bedeutung verspricht das Verfahren wohl für die Diagnose, Vorbeugung und Behandlung der postoperativen und spontanen Bauchfellverwachsungen. Von den beiden möglichen biologisch-chemischen und mechanischen Prinzipien vertritt es das letztere. 10—12% der Laparotomierten haben, aus einem Material von 3000 Eingriffen aus Payr's Tätigkeit berechnet, klinisch manifeste Adhäsionsbeschwerden. Bei 3½% machen dieselben einen oder mehrere neuerliche Eingriffe (Relaparotomien) nötig. Diese ergaben in 70—75% Erfolg. — Es gibt Fälle, die bisher allen Bemühungen trotzten. — Besondere Disposition ist für solche anzunehmen (Keloid der Narbe, Stillers Habitus). Oft sind es ganz leichte, fast aseptische Eingriffe, nach denen Verwachsungen kommen, nach exsudatreichen Peritonitiden können sie fehlen (Fermentwirkung). Anzeigen: radiologische Darstellung von Ulcusnischen, Divertikeln, Appen-

dix? Lösung aseptischer Verklebungen im Stadium fibrinosum (Netz, Dickdarm, an der vorderen Bauchwand). Allmähliche vorsichtigste Dehnung. Behandlung der Enteroptose, elektromagnetische Darmmassage. Vielleicht läßt das Verfahren bei Torsionen Invaginationen unter Umständen sich einmal verwenden. Die Bedenken des „Arbeitens im Dunkeln" haben sich bisher nicht bewahrheitet. Man hat doch eine doppelte Kontrolle. Es sind bisher über 25 Fälle untersucht, zum Teil auch behandelt worden. Weitere Erfahrungen über Technik und Anzeigen müssen gemacht werden.
Katzenstein (Berlin).

Cohn, Max: Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Erkrankungen des Darmes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **11**, Nr. 8, S. 239—241. 1914.

Zunächst konstatiert Verf., daß die röntgenologische Untersuchung des Dünndarms praktisch ohne Bedeutung ist. Dagegen hält er dieselbe für Dickdarm- und Darmfortsatzerkrankungen für wichtig. Er benutzt sowohl die Riedersche Mahlzeit wie den Kontrasteinlauf, mitunter beide Methoden kombiniert. Die Röntgenuntersuchung gibt Aufschluß über die Lage des Dickdarms, über den Ablauf der Peristaltik in demselben, über die Wirkung chirurgischer Eingriffe (Enteroanastomose). Mitunter können Dickdarmdivertikel und dann Coecumtuberkulose nachgewiesen werden. Ferner gelingt es in einigen Fällen von postoperativen Hernien, durch die Röntgenuntersuchung festzustellen, ob der Darm mit der Bauchdecke verwachsen ist oder nicht. Die wichtigsten Dienste leistet diese Untersuchungsmethode aber bei dem Vorhandensein von Stenosen und in neuester Zeit scheinen auch die pathologischen Verhältnisse der Wurmfortsatzerkrankung durch diese Methode geklärt werden zu können. *Hagemann* (Marburg a. L.).

Latarjet, A., et J. Murard: Les diverticules de l'intestin grêle. (Diverticule de Meckel excepté.) (Die Dünndarmdivertikel [mit Ausnahme des Meckelschen Divertikels].) (*Laborat. d'anat., univ., Lyon.*) Lyon chirurg. Bd. **11**, Nr. 5, S. 425—460. 1914.

I. Historischer Überblick. II. Allgemeine Angaben. Die meisten Autoren geben die Frequenz der Divertikel verschieden an. Schüppel z. B. sagt, die Divertikel des Duodenum in 45 Obduktionen 7 mal getroffen zu haben; Jach: in 200 1 mal. Das Verhältnis der Divertikel zueinander ist nach Buschi in 50 Obduktionen: 1 Meckelsches Divertikel, 1 Divertikel des Kolon und 1 Divertikel des Duodenum. Geschlecht belanglos. Alter: vorgeschrittenes Alter, gegen 60; jüngere Alter seltener. In bezug auf die Frage, ob diese Befunde in Beziehung zum Tode der Individuen stehen, hat man feststellen können: 1. daß mit Divertikel behaftete Individuen Träger von Läsionen des Verdauungskanales sind (vernarbte Geschwüre, Carcinome), 2. daß dieselben gleichzeitig Läsionen des Blutkreislaufes aufweisen, und 3. daß auch andere Divertikel des Verdauungskanals (Oesophagus, Dickdarm) und andersartige Mißbildungen vorhanden sind. III. Einteilung und Beschreibung. Diese Divertikel verteilen sich auf den ganzen Dünndarm vom Pylorus ab bis an die Ileocöcalklappe, und stehen entweder allein oder in Gruppen (in einem Falle wurden 53 konstatiert). Man unterscheidet Divertikel des Duodenalbogens und des Jejunoileum. 1. Divertikel der Duodenalschlinge. Anzahl: gewöhnlich ein einzelnes vorhanden, manchmal zwei, selten aber drei oder mehr. Sitz: in den zwei ersten Teilen und der kleinen Kurvatur der Duodenalschlinge. Form: die eines rundlichen Sackes, dessen Hals auf dem Darm ruht, und dessen Fundus von demselben absteht. Größe: gewöhnlich die eines Taubeneies. Die Höhlung öffnet sich in das Lumen des Darmes. Die Divertikel des zweiten Teiles, welche am häufigsten vorkommen, haben ihren Sitz gewöhnlich in der Gegend der Ampulla Vateri und in der Richtung gegen das Pankreas. 2. Divertikel des Jejunoileum. Sie sind zahlreicher, aber kleiner als die vorigen. Die einzelstehenden haben die Größe eines Taubeneies, die gruppierten die eines gläsernen Stecknadelkopfes und eine rundliche oder längliche Gestalt. Die Höhlung öffnet sich immer in das Lumen des Darmes. Sitz: am Mesenterialrande. IV. Struktur. Große Divertikel, zeigen eine auffallende Dünne, die mit den dicken Darmwänden kontrastiert. Schleimhaut: blaß, atrophisch. Muskuläre Schicht: ebenso. Submucosa:

kann fehlen. Drüsen: atrophisch. V. Pathogenese. Es bestehen zwei Hypothesen. Nach der ersten handelte es sich um eine kongenitale Mißbildung; nach der zweiten um einen echten Schwächebruch. Ergebnisse aus der Embryologie. Die Verff. geben eine klare Darstellung der histologischen Befunde bei Embryonen einiger Säugetiere und Amphibien. Festgestellt wird, daß der Dünndarm der Säugetiere und besonders des Menschen oft in einem jüngeren embryonalen Stadium seiner Entwicklung divertikuläre Bildungen darbietet, welche eine verschiedene Bedeutung haben können. Einzelne dieser Divertikel, hauptsächlich die des Duodenum, können fortbestehen und dann unstreitig gewissen Divertikel beim Erwachsenen Ursprung geben: „Wir können gegenwärtig noch keine festere und allgemeinere Schlußfolgerung ziehen." Zum genaueren Verständnis der Genese und der Entwicklung der Divertikel beim Embryo und zur richtigen Beurteilung der Ansichten der Verff. über diese Mißbildungen muß auf die Originalarbeit verwiesen werden, welche durch mehrere schematische Abbildungen zu diesem Kapitel erläutert ist. Anatomische Ergebnisse. Nach den Beobachtungen verschiedener Forscher, besonders Graser, finden sich in der Tunica muscularis schwache Stellen, welche durch den Durchgang von Venen verursacht sind, und den Ausgangspunkt für einen Bruch der Mucosa bilden können. Solche schwache Stellen gibt es jedoch im normalen Zustande nicht, weil die Venen die muskuläre Schicht nicht glatt durchbrechen, sondern zweizeitig. Sie durchbrechen erst die Muscularis int., verlaufen zwischen der inneren und der äußeren Muscularis und dringen schließlich durch die letztere hindurch, um die Serosa zu erreichen. Damit am Durchgangspunkt eine schwache Stelle entstehe, müssen die zwei Durchgangspunkte aufeinander zu liegen kommen, was durch verschiedene Faktoren, hauptsächlich aber durch folgende drei verursacht werden kann: 1. Veränderung der Wände, 2. durch extreme Ausdehnung des Darmes, 3. durch Erweiterung der Venen. Aus den persönlichen experimentellen Erfahrungen der Verff. geht hervor, daß man durch Ausdehnung nie die Entstehung eines Divertikels verursachen kann; sie läßt nur ein vorhandenes und unbemerktes Divertikel zum Vorschein kommen. Schlußfolgerung. Es scheint folgerichtig einen kongenitalen Ursprung für die meisten Divertikel anzunehmen, welche durch mechanische und entzündliche Prozesse zum Vorschein gebracht werden. Zahlreiche Abbildungen und Photographien. Reiche Literatur.

Pavlos Ar. Petridis (Alexandrien).

Landsberger, Alfred: Über Volvulus im Bruchsack. (*St. Georgs-Krankenh., Breslau.*) Med. Klinik Jg. **10**, Nr. 11, S. 461—464. 1914.

An der Hand eines durch Operation festgestellten Falles von Achsendrehung einer Dünndarmschlinge innerhalb des Bruchsacks bei einer rechtsseitigen Leistenhernie sorgfältige Literaturzusammenstellung von 32 Fällen von Volvulus im Bruchsack und näheres Eingehen auf die Ursachen und die schwierige Diagnose dieser Bruchkomplikation. *Kaerger* (Kiel).

Pepler, W. H.: Report of a case of intussusception, and remarks with reference to early diagnosis and operation. (Ein Fall von Intussusception nebst Bemerkungen über Frühdiagnose und Operation.) Canadian practit. a. rev. Bd. **39**, Nr. 5, S. 281—285. 1914.

Der Fall, ein 6 monatliches Kind betreffend, wurde zu spät operiert, weil von den Kardinalsymptomen eins fehlte, nämlich der fühlbare Tumor. Verf. vertritt den schon mehr betonten Standpunkt, daß dieses Symptom recht unsicher und es infolgedessen nicht ratsam ist, darauf zu warten. Erbrechen, Kolikanfälle und Entleerung von blutigem Schleim, bei einem gesunden Kinde plötzlich eintretend, wie es hier der Fall war, genügen zur Sicherung der Diagnose. Dysenterie, die differentialdiagnostisch am meisten in Betracht kommt, unterscheidet sich durch langsamen Beginn, und faulige mit Schleim und Blut durchsetzte Stühle. Je früher die Operation, um so günstiger die Erfolge. Bei Operation innerhalb der ersten 24 Stunden ist die Mortalität bei einzelnen Operateuren bereits auf 0% herabgesunken. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß eine rosarote Färbung des Schleims charakteristisch sei für Intussuszeption, und daß kein Tenesmus auftritt, wenn die Intussuszeption nicht in das Kolon stattgefunden hat, sondern höher sitzt. Gerade die höher sitzenden Fälle seien die diagnostisch schwierigen. Von Wichtigkeit sei auch, daß zuweilen die Intussuszeption auftritt als Folge einer schweren Kolitis. *Wiemann* (Kiel).

Colson, R.: Occlusion intestinale par un diverticule de Meckel. (Darmverschluß durch ein Meckelsches Divertikel.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **14**, Nr. 3, S. 55—63. 1914.

Walton, P.: Rapport sur un mémoire de M. le Dr. Colson, de Gand, intitulé: „Occlusion intestinale par diverticule de Meckel". (Bericht über eine Arbeit von Dr. Colson, betitelt: Darmverschluß durch ein Meckelsches Divertikel.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **22**, Nr. 3, S. 50—51. 1914.

Pannett, Charles A.: A lecture on acute obstruction of the small intestine. (Vorlesung über akuten Verschluß des Dünndarms.) Brit. med. journ. Nr. **2786**, S. 1114—1118. 1914.

Kaspar, Fritz: Ein Cylindrom des Meckelschen Divertikels. (*II. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **128**, H. 5/6, S. 612—623. 1914.

13jähriger Knabe, vor 11 Tagen unter Ileuserscheinungen erkrankt. Als Ursache des Darmverschlusses wird 50 cm oberhalb der Ileocöcalklappe eine doppelte Invagination des Ileums festgestellt, die sich leicht reponieren läßt; an der Spitze des zweiten Intussusceptums findet sich ein 5 cm langes Meckelsches Divertikel, das am Ende eine Perforation zeigt und dicht daneben eine nußgroße Geschwulst aufweist. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergibt ein typisches Cylindrom. Tod nach 24 Stunden an Peritonitis, die bereits vor der Operation bestand. Ein Cylindrom des Darms ist bisher nur noch in einem Falle von Lubarsch beobachtet worden. *Neupert* (Charlottenburg).

Wurmfortsatz:

Chir. Kong. **Heile: Zur Physiologie des Blinddarmanhanges.**

Vortr. berichtet über Experimente zur Klärung der Vorstellung über die physiologischen Funktionen des Blinddarmanhanges. Sie liegen nach den Ergebnissen des Vortr.: 1. in innersekretorischen Wirkungen der Schleimhaut des Wurmfortsatzes, 2. in den Lage- und Innervationsbeziehungen des Wurmfortsatzes zur Valvula Bauhini, zur Mündung des Dünndarms in das Coecum. ad 1. Die innersekretorischen Vorgänge der Schleimhaut des Wurmfortsatzes setzen sich zusammen einmal aus dem Auftreten von Verdauungsfermenten, einem eiweißspaltenden Trypsin und einem kohlehydratspaltenden Ferment; dann aus dem Nachweis von Hormonen, welche bei intravenösen Einspritzungen am Kaninchen ausgesprochene Peristaltik auslösen, im wesentlichen isoperistaltische. Diese innersekretorischen Vorgänge stehen in Parallele zu den in gleicher Weise vom Vortr. nachgewiesenen Wirkungen aus der Schleimhaut des Coecums. Diese Wirkungen bestätigen also die bisherigen Kenntnisse vom normalen Wurmfortsatz, daß er nicht nur mikroskopisch-anatomisch ähnlich der Coecumwand aufgebaut ist, sondern auch in seiner funktionellen Sekretion sich gleich verhält. Es fällt auf, daß Fermente und Hormone im Wurmfortsatz quantitativ sehr reichlich nachzuweisen sind; dies kommt nach der Untersuchung des Vortr. daher, daß der Hauptträger der innersekretorischen Funktion das lymphoide Gewebe ist, das bekanntlich im Wurmfortsatz besonders reichlich entwickelt ist. ad 2. Die Lage der Innervationsbeziehungen zur Bauhinschen Klappe setzt sich folgendermaßen zusammen: Der Wurmfortsatz stellt den Endausgang der Längstänien (Längsmuskulatur) des Coecums dar. Die hintere Längstänie geht vom Wurmfortsatz in einen zirkulären Muskel über. Dieser umschließt als Musculus ileocolicus das Dünndarmende an der Mündungsstelle in das Coecum circulär und verursacht durch sein Zusammenziehen einen Verschluß des Dünndarmendes durch eine über den zirkulären Muskel in das Coecumende hineinragende Schleimhautkuppe des Dünndarms, die beim Gegendruck vom Coecum aus sich ventilartig aneinanderlegt und den Widerstand gegen die rückstauende Flüssigkeit oder Luft vom Coecum aus kräftiger macht. Ausschlaggebend und wesentlich für den Verschluß ist in erster Linie der Musculus ileocolicus; dieser Schließmuskel wird von Splanchnicustasern versorgt, welche die Arteria mesenterica superior begleiten und welche anastomosieren mit Fasern, die zum Wurmfortsatz im Mesenteriolum appendicis verlaufen. Vortr. konnte bei 30 laparotomierten Kranken folgendes feststellen: Normalerweise verhindert die Muskelklappe bei Druck

auf das Coecum absolut sicher einen retrograden Transport von Luft oder Flüssigkeit von Coecum in den Dünndarm. In 1—2% der Fälle ist die Muskelklappe für retrograden Transport durchlässig. Regelmäßig geöffnet findet sich die Muskelklappe in den Fällen, bei denen das Mesenteriolum des Wurmfortsatzes infolge einer Entzündung ödematös infiltriert ist, z. B. im Anschluß an akute Appendicitis; dann läßt sich aus dem künstlich abgeschlossenen Coecumende der Inhalt widerstandslos in den Dünndarm zurückdrücken. Dasselbe wird möglich, wenn durch Novocain die Nerven im Mesenteriolum bis zum Dünndarmansatz hin unterbrochen werden. Vortr. nimmt an, daß die Wirkung des Musculus ileocolicus (Valvula Bauhini) mit dem Zusammenziehen des Coecums (Längstänie) im Sinne der Antiperistaltik im Zusammenhang steht, und daß die innersekretorischen Absonderungen des Wurmfortsatzes reizende und hemmende Wirkungen für den Tonus des Musculus ileocolicus geben können. Die abnorme Widerstandsfähigkeit oder die Insuffizienz der Valvula Bauhini bedürfen nach diesen Untersuchungen einer Revision. Es ergibt sich, daß klinische Beschwerden, welche oft in den Folgen eines Coecum mobile oder einer chronischen Appendicitis allein gesehen worden, mit einer Insuffizienz oder einem Krampfzustand der Muskelklappe zusammenhängen können. Vortr. hat 2 Patienten, denen dauernde Druck- oder kolikartige Beschwerden in der Ileocoecalgegend durch Appendektomie und Verlängerung des Musculus ileocolicus im Sinne der Pyloroplastik völlig beseitigt.

Katzenstein (Berlin).

Opitz: Über die Ursachen der Wurmfortsatzentzündung. Chir. Kong.

Vortr. berichtet auf Grund von Beobachtungen, die gelegentlich von gynäkologischen Laparotomien gemacht worden sind, über die Häufigkeit des Vorkommens von Verwachsungen am Blinddarm, S romanum und Appendix. Unter 160 Fällen, die nach Ausschaltung solcher mit unvollständigen Angaben aus einem weit größeren Material übriggeblieben sind, fanden sich nur 14 mal das Coecum, der Wurmfortsatz und das S romanum frei von Verwachsungen. In allen übrigen waren solche peritoneale Verklebungen in sehr verschieden starker Ausdehnung vorhanden. Im einzelnen war 76 mal der Appendix, 36 mal das Coecum und 20 mal die Flexur vollständig frei von Verwachsungen. Die Natur der Verwachsungen muß — was im einzelnen ausführlich begründet wird — als in der Hauptsache entzündlicher Art angesehen werden. Entwicklungsgeschichtlich bedingte peritoneale Verklebungen können höchstens in 20% der Fälle angenommen werden, während sich die Verklebungen bei dem Material der Gießener Frauenklinik in etwa 90% der Fälle fanden. Vortr. zieht daraus den Schluß, daß jedenfalls der Dickdarm, insbesondere das Colon ascendens und Coecum und das S romanum sehr viel häufiger erkranken als der Wurmfortsatz. Mikroskopische Untersuchungen von 100 sog. gestohlenen Wurmfortsätzen, durch Aschoff-Freiburg kontrolliert, ergeben aber, daß der Wurmfortsatz mikroskopische Zeichen überstandener schwerer oder leichterer Entzündung in weit höherem Verhältnis erkennen läßt, als es nach der äußeren Betrachtung des Wurmfortsatzes angenommen werden konnte. Von 99 Wurmfortsätzen erwiesen sich nur 20 als sicher oder annähernd normal, 43 zeigten deutliche Zeichen leichterer und älterer Veränderungen, 31 deutliche Reste schwerer phlegmonöser oder ulceröser Prozesse, ohne daß in der Anamnese etwas auf überstandene Appendicitis hingewiesen hätte. Vortr. zieht aus diesen Verhältnissen folgende Schlüsse: Die Erkrankung des Dickdarmes in Form von Typhlocolitis, Sigmoiditis usw. sind sehr häufiger viel als solche des Appendix. Es scheint daraus hervorzugehen, daß Erkrankungen des Appendix zum größten Teil durch vorangehende Erkrankungen des Colons bedingt sind. Das Übergreifen der Erkrankung geschieht, wie Aschoff nachgewiesen hat, nicht durch Fortleitung der Entzündung von der Wand des Coecums auf die Wand der Appendix, sondern so, daß infektiöser Darminhalt in den Wurm eindringt und sich dort zeitweise verhält. Dabei scheint die chemische Beschaffenheit des eingebrachten Darminhaltes wichtiger zu sein als der Bakteriengehalt. Es kommen ferner auch Störungen nervöser

Art in Frage, die entweder direkt durch Reizung der vegetativen Nerven von den Verwachsungen aus oder durch Resorption von Toxinen Zirkulationsstörungen im Appendix hervorrufen können. Vortr. läßt die Frage offen, inwieweit das sog. Coecum mobile und die verwandten Zustände eine Rolle für die Entstehung der Erkrankungen des Dickdarmes spielen. Er schließt sich aber der Aufforderung von Klose, Eastman u. a. an, daß es für die Behandlung der Erkrankungen des Wurmfortsatzes sehr wichtig sei, sich nicht auf einen kleinen Schnitt und Vorholen des Wurmes zu beschränken, sondern sich durch einen ausgiebigen Schnitt die nötige Übersicht auch über die Umgebung des Wurmfortsatzes zu verschaffen. *Katzenstein* (Berlin).

Van Gaver, F.: Du rôle des parasites dans l'appendicite. (Rolle der Parasiten bei Appendicitis.) Thèse de Montpellier 1913, Nr. 72, 580 S.

Parasiten sind eine häufige Ursache der Appendicitis. In gemäßigtem Klima sind am häufigsten dabei Ascaris lumbricoides, Trichocephalus dispar und Oxyuris vermicularis. In gewissen tropischen Regionen Bilharzia haematobia. Die Amoeba coli ist gleichfalls nicht selten Ursache einer Appendicitis. Die Wirkung der erstgenannten 3 Nematoden ist entweder eine rein mechanische oder durch deren Symbiose mit Bakterien bei Schleimhautverletzung zu erklären oder sie ist eine toxische. Die Appendicitis durch Bilharzia wird durch die Eier des Parasiten, welche als Überträger von Bakterien wirken, hervorgerufen. Hier kann nur die Anamnese (Aufenthalt in Tropen) und die Stuhluntersuchung Aufschluß geben. In therapeutischer Hinsicht verlangt Verf. stets zuerst einen Versuch mit Anthelmintiacis vor einem eventuellen Eingriff. *Fritz Loeb* (München).

Barnsby, H.: Quand doit-on intervenir d'urgence dans l'appendicite aiguë? (Wann ist ein Eingriff bei akuter Appendicitis dringend geboten?) Tours méd. Jg. **10**, Nr. 4, S. 65—69. 1914. G.

Walter-Sallis, Jean: Le foie dans l'appendicite. (Lebererkrankungen bei der Appendicitis.) Rev. de chirurg. Jg, **34**, Nr. 2, S. 181—201 u. Nr. 5, S. 649—688. 1914.

Über die Häufigkeit einer Leberbeteiligung im Verlauf der Appendicitis finden sich nur wenige zuverlässige Mitteilungen. Verf. glaubt, etwa 15% annehmen zu müssen. Die Arbeit bringt eine eingehende Darstellung des gutartigen Ikterus, des intrahepatischen und subphrenischen Abscesses, der Gallenwegsinfektionen und selteneren cirrhotischen Veränderungen an Leber und Pankreas. Die Infektion in der Leber verbreitet sich hauptsächlich auf dem portalen Wege, wenn auch die Bakterien hier keine Spuren zurück lassen. Nach Überwindung dieses Hindernisses gelangen Keime zur Lunge oder in den arteriellen Kreislauf. Diese Ausbreitung ist auch anzuerkennen bei chronischer Appendicitis, welche ohne eigentliche Eiterbildung im Primärherd doch einen Zerfall infizierter Thromben in den Mesenterialvenen zur Folge haben kann. Ein anderer Infektionsweg wird gegeben durch die retrocöcalen Lymphstämme, welche an der Vorderfläche des Psoas hinter der Leber aufsteigen und mit der rechten Pleura kommunizieren. Eine dritte, sehr häufige Verbreitungsform ist die diffus fortgeleitete intraperitoneale Infektion. Die Beteiligung der Gallenblase ist möglich von außen als Pericholecystitis, nach Durchbruch eines intrahepatischen Abscesses in die Gallenwege oder aufsteigend durch das Duodenum (Enteritis). Die Magendarmblutungen beruhen auf Arrosion submuköser kleiner Arterien; sie entstehen möglicherweise auch aus geborstenen Varicen des Magens, nach Eintritt einer portalen Störung. Die eigenen Beobachtungen bringen mehrere Fälle von präappendikulärem Ikterus. Kürzere oder längere Zeit nach der Gelbsucht stellten sich Schmerzen in der Cöcalgegend ein. Die später vorgenommene Operation ergab eine chronische Appendicitis, welche nach Ansicht des Verf. als Ursache des toxischen Ikterus anzusprechen ist. Eine andere Form des Ikterus tritt am 2.—5. Tage im Verlauf einer Appendicitis auf. Es handelt sich um akute

toxische Leberinsuffizienz. Die Prognose ist ungünstig. Diese Komplikation wird charakterisiert durch Delirien, Indicanurie, Urobilinurie, Blutbrechen, Hypothermie bei schlechtem Pulse, ohne daß wesentliche Störungen von seiten des Peritoneums auftreten. Die Sektion zeigt fettige Atrophie. Die Hepatitis suppurativa kann als Absceß, Pylephlebitis oder Pyämie einsetzen. Die Kombination der Cholecystoappendicitis wird als ziemlich häufig dargestellt. 60 Beobachtungen ergeben, daß sie in etwa 5—12% der Fälle vorkommen. In der Regel zeigt sie den Charakter einer gutartigen Entzündung. Die Lebercirrhose appendikulären Ursprunges wird an Hand einer Beobachtung von Tuffier beschrieben. Die klar dargestellten Kapitel werden durch eine große Zahl eigener und aus der Literatur gesammelter Beobachtungen illustriert. *Hotz* (Freiburg).

Läwen: Appendicitis fibroplastica. Chir. Kong.

Er bespricht eine seltene Form der chronischen Appendicitis, der man am besten den Namen Appendicitis bzw. Perityphlitis fibroplastica oder idiopathischer Ileocoecaltumor auf appendicitischer Grundlage gibt. Das Wesentliche der Erkrankung ist eine starke Verdickung der Darmwand, die vom Wurmfortsatz ausgehend aufs Coecum, Colon ascendens und unterste Ileum übergreift und die in einer entzündlichen Wucherung des gesamten bindegewebigen Apparates der Darmwand besteht. Ein Präparat, bei dem sich diese Form der Appendicitis um einen im Wurmfortsatz liegenden Kotstein herumgebildet hatte, wird in der Photographie demonstriert. Die so entstehenden Tumoren können mit der hypertrophischen Ileocoecaltuberkulose, mit Aktinomykose oder dem Coecumcarcinom verwechselt werden, obwohl sie mit diesen Erkrankungen nichts zu tun haben. Die rationelle Therapie besteht in der Resectio ileocolica mit Herstellung einer Anastomose zwischen Dünndarm und Colon. *Katzenstein.*

Lorillou, E.: Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire. (Divertikel der Appendix und divertikuläre Appendicitis). Thèse de Lyon 1913, Nr. 103. 57 S.

Appendixdivertikel sind meist erworbene Anomalien; oft beruhen sie auf einer Entzündung des Appendix. Ihr Übergreifen auf das Mesenteriolum kann zu einer Phlegmone derselben mit Thrombophlebitis im Gebiete der Pfortader führen. Verf. verlangt deshalb Operation jeder chronischen Appendicitis und Appendektomie bei der geringsten appendicitischen Störung bei Leuten, die eine akute Appendicitis durchgemacht haben. Er plädiert für Frühoperation und wartet nicht erst Allgemeinerscheinungen ab. Die Divertikel sind sehr brüchig und können durch Ruptur zu ernsten Komplikationen führen. Bei Verdacht auf einen infizierten Divertikel im Mensenteriolum muß dasselbe ausgiebig reseziert werden. *Fritz Loeb* (München).

Halahan, Robert E.: A case of appendicitis simulating intussusception. (Fall von Appendicitis, der eine Intussusception vortäuscht.) Lancet Bd. **186**, Nr. 23, S. 1608. 1914.

Sherren, James: A lecture on chronic appendicitis. (Vorlesung über chronische Appendicitis.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 25, S. 385—390. 1913.

Die Fälle von chronischer Appendicitis gehören zwei Gruppen an, bei der ersten stehen Schmerzanfälle, bei der zweiten dyspeptische Symptome im Vordergrund. Der anfallsweise auftretende Schmerz in den Fällen der ersten Gruppe sitzt im Epigastrium oder in der Nabelgegend, gelegentlich völlig in der linken Bauchseite und strahlt hin und wieder aus in die Blinddarmgegend. Oft ist die rechte Darmbeingrube während eines Anfalls druckempfindlich. Schmerzanfälle werden nicht selten durch körperliche Anstrengungen ausgelöst. Bei Lage des Wurmfortsatzes im kleinen Becken können Blasen- oder Mastdarmerscheinungen überwiegen. Der Wurmfortsatz ist bei den Fällen der ersten Gruppe gewöhnlich vergrößert, verdickt, zeigt Strikturen und enthält Schleim oder Eiter. — Die Fälle der zweiten Gruppe haben oft mit Magengeschwüren oder Duodenalgeschwüren eine gewisse Ähnlichkeit. Doch ist das Auftreten von Beschwerden zeitlich nicht von der Nahrungszufuhr abhängig. Bald stellen

sie sich eine Stunde nach dem Essen, bald unmittelbar nach dem Essen, bald während des Essens ein. Übelbefinden ist häufig, Erbrechen selten. Der Wurmfortsatz ist in diesen Fällen meist atrophisch, obliteriert, oft sehr verwachsen. Es ist das derselbe Appendixtyp, der sich öfters bei chronischen Magen- und Duodenalgeschwüren findet. (In 83 Fällen 62 mal, dagegen nur 13 mal ein verdickter und 8 mal ein gesunder Wurmfortsatz.) Während die Diagnose in der ersten Gruppe nicht selten gesichert werden kann, ist sie in der zweiten Gruppe häufig erst bei der Operation zu stellen. *zur Verth.*[a]

Wolkowitsch, N. M.: Das Muskelsymptom bei chronischer Appendicitis. (*Chirurg. Univ.-Klin., Prof. Wolkowitsch, Kijew.*) Russki Wratsch, Bd. **13**, Nr. 17, S. 601 bis 604. 1914. (Russisch.)

Autor hat schon 1911 auf ein Symptom aufmerksam gemacht, welches er als „Muskelsymptom" bezeichnet, das er mit großer Regelmäßigkeit bei chronischer Appendicitis in der anfallsfreien Zeit konstatieren konnte. Die auf Grund dieses Symptomes gestellte Diagnose konnte vielfach bei der Operation bestätigt werden. Im Gegensatz zur akuten Appendicitis, wo die Muskulatur in der Ileo-Coecalgegend gespannt ist und einen größeren Tonus besitzt als die Muskulatur der linken Bauchseite, konnte Autor bei chronischer Appendicitis stets das umgekehrte Verhältnis nachweisen: Die Muskulatur rechts ist schlaffer und weniger voluminös als links. Diese Verschiedenheit des Tonus kann schon beim Palpieren mit der Hand deutlich wahrgenommen werden, besonders, wenn man die Vorsichtsmaßregel anwendet, jeden Reiz vor der Palpation (Tiefenpalpation, Laxantien) zu vermeiden. Autor hat an 50 Patienten den Befund mit Hilfe des Tonometers (Exner und Tandler) nachgeprüft und konnte in allen Fällen den Palpationsbefund bestätigen. Freilich zeigte das Tonometer nur geringe Unterschiede links und rechts (Bruchteile eines Grades bis zu 1,5°). Diesen Umstand erklärt Autor dadurch, daß die Fettschicht und noch mehr die Organe der Bauchhöhle die Angaben des Tonometers vergrößern. Ob die Erscheinung auch bei anderen Erkrankungen der Organe der Bauchhöhle vorhanden ist und ob das Symptom daher differentialdiagnostischen Wert hat, kann Autor zurzeit noch nicht entscheiden. — Schließlich macht Autor darauf aufmerksam, daß dieses Symptom sehr häufig mit einer Skoliose der Wirbelsäule nach links zusammentrifft, wie ja auch von anderer Seite (Mayet und Delapchier) auf den Zusammenhang zwischen chronischer Appendicitis und Linksskoliose der Wirbelsäule hingewiesen worden ist. *v. Holst.*

Esau: Weitere Beiträge zur Appendicitis. (*Kreiskrankenh., Oschersleben.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **128**, H. 3/4, S. 339—376. 1914.

Verf. teilt unter Zufügung von kurzen epikritischen Bemerkungen einige praktisch wichtige Appendixerkrankungen mit, die sich durch Besonderheiten auszeichnen: akuter Gelenkrheumatismus, der sich bei einem 19jährigen Manne unmittelbar an die Spaltung eines ganz oberflächlich liegenden appendicitischen Abscesses anschloß. Totalgangrän der Appendix, die zur Sequestrierung führte; der Wurmfortsatz schwamm wohlerhalten nach Form und Länge, jedoch der Schleimhaut und Muscularis beraubt als schlaffes durchscheinendes Band in dem Absceß; als widerstandsfähigste Schicht war die graue Serosa erhalten. Ausheilungszustände: bei einer 30jährigen Frau Defekte des Mittelstücks und Adhäsionen der abgetrennten Spitze nach schwerem erstem Anfall vor $^3/_4$ Jahren; ähnliche Zustände bei drei anderen Kranken; ferner 23jähriger Mann, bei dem ein solches abgetrenntes Stück des Wurmfortsatzes sich nicht geschlossen hatte und zu akuten Rezidiven führte. Echte Steine in der Appendix in 2 Fällen, einmal Birnenkern und einmal 8 cm lange Nadel. Ein Carcinom der Appendix, das klinisch als Tuberkulose erschien. Eine retrokolische, vielleicht auch extraperitoneale Lage des größten Teiles des Wurmfortsatzes bis auf die entzündete Spitze bei einem 15jährigen Mädchen, die als kongenital gedeutet wird. Retroperitoneale Lage der appendicitischen Eiterung bei einem 19jährigen Manne und subfasciale Eiterung bei einem 12jährigen Knaben, bei einem 49jährigen Mann, einem 13jährigen Mädchen, einem 4jährigen Knaben und mit Übergang auf den Oberschenkel unter dem Poupartschen Band bei einem 42jährigen Mann; bei allen 6 Fällen war scheinbar das Hüftgelenk mitbeteiligt, zum Teil war auf den Schmerz im Kniegelenk von den Kranken besonders hingewiesen worden. Magendarmblutung mäßigen Grades 12 Tage nach einer Appendektomie bei einem 40jährigen Kaufmann, günstig verlaufend. Appendixfistel

nach Abscеßincision und Kolonfistel, die vor 7 Jahren nach schwerer Blinddarmoperation entstanden war; die erste wurde durch Appendektomie beseitigt, die zweite mußte plastisch geschlossen werden. Appendicitis, Endokarditis, Chorea mit tödlichem Ausgang, Appendicitis mit akuter halluzinatorischer Psychose (Amentia). 3 Pneumonien bei Kindern und jugendlichen Individuen unter dem Bilde der akuten Appendicitis. Appendicitische Peritonitis unter dem Bilde eines eingeklemmten linksseitigen Leistenbruchs bei einem 67jährigen Mann mit tödlichem Ausgang. Akute Eiterbildungen am Coecum oder Colon ascendens im Anschluß an maligne Darmtumoren bei Personen des mittleren und höheren Alters. — Verf. ist Anhänger des kleinen Bauchschnitts und bei Frühoperationen (in den ersten 36 Stunden) des vollkommenen Wundschlusses ohne jede Drainage und Tamponade. *zur Verth* (Kiel).

Abrikossoff, A. I.: Carcinom und Carcinoid des Wurmfortsatzes. Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. 3 bis 3. 4. 1914. (Russisch.)

Die Carcinoide unterscheiden sich von dem Carcinoma simplex dadurch, daß sie in einem frühen Lebensalter (10—20 Jahre) auftreten, meist gutartig sind, keine Rezidive und in der Regel keine Metastasen geben. Die Carcinoide enthalten in großer Menge Lipoide (Cholestearin). Autor hat 6 Carcinoide untersucht: ein Zusammenhang mit der Schleimhaut des Wurmfortsatzes ließ sich nicht nachweisen, Autor nimmt an, daß die Geschwulst in der Muskelschicht ihren Anfang nimmt. Die Lipoide finden sich hauptsächlich in den peripheren Teilen der Geschwulst, während sich im Zentrum Fettsäuren finden. Nach Ansicht des Autors stehen diese Geschwülste in der Mitte zwischen einer Mißbildung und einer Geschwulst. Die Carcinoide gehen aus embryonalen Zellelementen hervor. *v. Holst* (Moskau).

Ehrlich, S. L.: Zur Frage der Entstehung der Carcinoide der Appendix. Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor hat 8 Carcinoide des Appendix mikroskopisch untersucht (1,75% aller operativ entfernten Appendixe). Der mikroskopische Bau der Carcinoide zeigt die für die Abkömmlinge des sympathischen Nervensystems typischen Characteristica. Daher hält Autor die neurogene Abstammung dieser Geschwülste für möglich und sieht sie als unreife Neurome an (Neurocytoma simplex appendicis). Den Plexus mesent. Auerbachi hält Autor für das anatomische Substrat der Geschwülste. Die Carcinoide können Metastasen machen und müssen daher als bösartig angesehen werden. *v. Holst* (Moskau).

Dickdarm und Mastdarm:

Chapple, Harold: The fundamental facts of chronic intestinal stasis. (Die Grundtatsachen der chronischen Intestinalstase.) Internat. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 109—113. 1914.

Bei der chronischen Intestinalstase kommt es zu einer Reihe von Beschwerden, die durch Resorption von chronischen oder bakteriellen Giften aus dem Darmkanal veranlaßt werden. Lane macht mit Erfolg die Kolektomie, sah aber auch schon nach der Ileocolostomie, dem ersten Akt der Operation, eine Heilung, so daß pathologische Veränderungen im unteren Dünndarm eine Rolle spielen; in der Tat fand man den Bakteriengehalt, auch der oberen Dünndarmpartien bei chronischer Obstipation stark vermehrt. In einer Anzahl von Fällen handelt es sich um mechanische Obstruktion durch die Laneschen Bänder. Lane hält dieselben für erworben durch Annahme der aufrechten Stellung des Menschen, um einer zu starken Senkung der Därme vorzubeugen; beim Foetus wurden sie stets vermißt.

Rittershaus (Düsseldorf).

Hertzler, Arthur E.: Surgical treatment of chronic constipation. (Chirurgische Behandlung der chronischen Obstipation.) Journ. of the Missouri State med. assoc. Bd. **10**, Nr. 2, S. 48—51. 1913.

Verf. vertritt die Ansicht, daß manche Chirurgen in der chirurgischen Behandlung der chronischen Obstipation viel zu weit gehen, insbesondere wendet er sich gegen die von Lane veröffentlichte Zusammenstellung der am häufigsten vorkommenden ana-

tomischen Besonderheiten, die zu chronischer Obstipation führen sollen. Die von Lane angeführten Falten, Bänder und Lageveränderungen hält er für größtenteils belanglos, da sie sehr häufig bei Operationen an Patienten gefunden werden, die keineswegs an Obstipation leiden. Den nach Beseitigung solcher kleinen Anomalien angeblich erzielten Heilungen steht Verf. sehr skeptisch gegenüber. Nach seiner Überzeugung können chirurgische Eingriffe nur in solchen Fällen eine Heilung herbeiführen, in denen entweder eine reflektorische Funktionsstörung des Darmes — etwa durch Nierensteine, Cervix- oder Prostataerkrankungen — vorliegt, indem diese Leiden beseitigt werden, oder in denen eine wirkliche anatomische Behinderung der Peristaltik nachzuweisen ist. Will man aber bei chronischer Obstipation infolge Atonie des Darmes chirurgisch vorgehen, so kann nach der Ansicht des Verf. nur ein Eingriff in Frage kommen, der diese hauptsächlich den Dickdarm betreffende Atonie durch Ausschaltung des größten Teiles des Dickdarms und auf diese Weise erreichte Erleichterung der Peristaltik bekämpft, nämlich die Ileosigmoideostomie. Zur Rechtfertigung dieser Operation hält Verf. aber noch exakte röntgenologische Untersuchungen für notwendig. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Duval, Pierre, et J.-Ch. Roux: Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la „stase colique" par altérations du côlon droit (caecum, côlon ascendant, angle hépatique.) (Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung der „Dickdarmstauung" durch Alteration des rechten Kolon [Coecum, Colon ascendens, Flex. hepatica].) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 9, S. 303 bis 313, Nr. 11, S. 355—361, Nr. 12, S. 381—392, Nr. 13, S. 414—429, Nr. 14, S. 454 bis 458. 1914.

Auf Grund der Anamnese und der klinischen Untersuchung, insbesondere der Röntgendurchleuchtung und der chemischen Analyse der Faeces sind wir heute imstande, folgende ziemlich scharf charakterisierte Syndrome auseinanderzuhalten: 1. Die membranöse Perikolitis, hervorgerufen durch pericöcale Adhäsionen und vor allem durch die bandartige Adhäsion der Flexura hepatica, welche eine inkomplette Stenose erzeugen und zu starker Auftreibung des Colon ascendens führen kann; wird gleichzeitig das Colon transversum verzerrt, so entsteht das Bild des Kolon „double barreled" der Amerikaner. 2. Das primäre Coecum mobile, charakterisiert durch Schmerzattacken der Cöcalregion, welche oft durch Lagerwechsel provoziert werden können. Die Verschieblichkeit des Coecum läßt sich bei Palpation in linker Seitenlage nachweisen. 3. Die atonische Typhlektasie, welche nur auf röntgenologischem Wege sicher diagnostiziert werden kann. 4. Die chronische Cöcotyphlitis, welche durch Fieber, cöcale Diarrhöen mit Eiterabgang und Kräfteverfall gekennzeichnet ist. — Alle diese Zustände äußern sich klinisch durch Obstipation, welche durch krisenhafte Diarrhöen unterbrochen wird. Die Faeces sind meist sehr übelriechend, dunkelbraun oder schwarz und bei Typhlokolitis schleim- und eiterhaltig. Die Kranken zeigen meist eine gelbliche Gesichtsfarbe, schmutzige Zunge; sie sind abgemagert und nervös und klagen über Schmerzen in der rechten Fossa iliaca. Bei der membranösen Perikolitis ist das Coecum und Colon ascendens druckempfindlich, der eigentliche Schmerzpunkt aber findet sich meist an der Flexura hepatica. Alle diese Formen der „Stase colique" rechtfertigen ein chirurgisches Vorgehen, weil die interne Medikation ihnen gegenüber erfahrungsgemäß versagt. Folgende Methoden kommen in Betracht: 1. Die Durchtrennung der Adhäsionen. Verf. hat diese Operation sechsmal ausgeführt, teils mit glattem Mißerfolg, teils mit nur vorübergehendem Erfolg. Er hält sie für unlogisch, da sich die Bildung neuer Adhäsionen nicht verhüten läßt. 2. Die Coecoplicatio und Coecopexie. Voraussetzung für den Erfolg ist, daß das Coecum mobile nicht an anderen beweglichen Punkten, sondern an einem fixen Punkt befestigt wird, z. B. an der Fascie des Ileopsoas. 3. Die Enteroanastomosis ileo-colica oder coeco-colica. 4. Die partiellen oder totalen Kolonresektionen. Die Coecosigmoidostomie ist bei allen schweren Fällen von atonischer Typhlektasie und chronischer Coecotyphlitis indiziert. Die Resektion des

rechten Kolonabschnittes kommt nur in Frage bei den schwersten Formen der Perikolitis, sowie der mit Wanderveränderungen und Drüsenschwellungen einhergehenden chronischen Typhlitis.

In der Diskussion, welche sich an den Vortrag von Duval und Roux anschloß, heben **Delbet** und **Hartmann** die häufigen Mißerfolge bei einseitiger Dickdarmausschaltung und Ileosigmoideostomie hervor; Hartmann mußte von jünf derartig operierten Fällen wegen Rückflusses des Darminhaltes in das ausgeschaltete Kolon letzteres 4 mal sekundär resezieren. Delbet empfiehlt bei adhäsiver Perikolitis mit Typhlektasie die Resektion; er bestreitet, daß diese adhäsive Perikolitis sich röntgenologisch mit Sicherheit erkennen läßt. Cuneo hält die eingreifende Resektion nur ganz ausnahmsweise für gerechtfertigt und hat sie nur 4mal nach Versagen der Kolopexie und Coecoplastik ausgeführt. In der Regel genügt bei diesen chronischen Affektionen die Appendektomie, die Coecoplicatio und Coecopexie. Die Anastomosen erweisen sich wegen des eintretenden Refluxes oft als erfolglos. Gegen die Resektion hat er vor allem das Bedenken, daß die beschriebenen Kolonadhäsionen oft kongenitalen Ursprungs sind, also in der Regel nicht als Folgezustand der chronischen Perikolitis angesehen werden können.

Mauclaire fand bei Fällen, welche unter der Diagnose „Appendicitis chronica" zur Operation kamen, häufig nur eine coecale Ptose anstatt der erwarteten Wurmfortsatzerkrankung. Die Coecopexie brachte oft, aber nicht immer Besserung. Bei chronischer Dilatation des Coecum und bei Coecum mobile empfiehlt M. die Coecoplicatio und Coecopexie, bei rebellischen Fällen von Dilatation, welche oft durch Adhäsionen am rechten Kolonwinkel verursacht werden, ist die Cocco-Sigmoidostomie zu empfehlen. Bei leichten Fällen von adhäsiver Perikolitis beschränkt sich M. auf die Durchtrennung der Stränge und Adhäsionen; bei schweren Fällen versuchte M. 1 mal die Ileo-Sigmoidostomie, 1 mal die Ileotransversostomie: der Erfolg war ungenügend wegen des Rückflusses in das Coecum, in solchen Fällen kommt die Resektion des Coecum in Frage. Sehr häufig wird bei diesen Zuständen gleichzeitig ein chronisch kranker Wurmfortsatz vorgefunden, welcher mit zu entfernen ist. Souligoux hält das bis ins kleine Becken herabhängende Coecum mobile bei Frauen für einen häufigen und normalen Befund; er sieht keine Veranlassung, diesen Zustand operativ anzugreifen. Lambret berichtet über die von ihm beobachteten meist unter der Diagnose Appendicitis chronica operierten Fälle. Erst der negative oder fast negative Befund am Wurmfortsatz lenkt die Aufmerksamkeit auf das rechte Kolon hin, und da findet man in der Tat oft die von den Vortragenden beschriebenen Veränderungen. Lambret hat von 1911—1913 ausgeführt: 20 mal die Coecoplicatio mit Coecopexie, 12 mal die Durchschneidung von Strängen und Adhäsionen, 6 mal die Ileotransversostomie und 8 mal die Coecumresektion. Coecoplicatio und Coecopexie wurden meist der Appendektomie angeschlossen: nur 6 Kranke verloren ihre Beschwerden dauernd, die übrigen klagen weiter über Schmerzen, Verstopfung usw., weshalb Lambret diese Operation seit 1 Jahr aufgegeben hat. Im Gegensatze hierzu ergab die Durchtrennung von Strängen am rechten Kolonwinkel bzw. der Jacksonschen Membran 8 Heilungen und 4 Besserungen. Der Erfolg der 6 Anastomosen ist leider in der Mehrzahl der Fälle kein konstanter, es traten nur vorübergehende und nicht vollständige Besserungen ein; in 2 Fällen mußte Lambret wegen Rezidivs zur sekundären Resektion des Coecums sich entschließen, wobei er letzteres mit steinharten Kotballen prall gefüllt vorfand. Lambret hält die Anastomose für eine ungenügende Operation. Im Gegensatze hierzu war der Erfolg bei sämtlichen 8 Resektionen ein vollständiger und bis jetzt auch dauernder. Lambret hält den Eingriff auch nicht für wesentlich schwerer, als die Anastomose und empfiehlt deshalb in allen schweren Fällen, anstatt den Kranken durch Operationen von zweifelhaftem Werte den Gefahren einer zweiten Operation auszusetzen, lieber primär die Kolonresektion auszuführen. *Adler* (Berlin-Pankow).

Bainbridge, Wm. Seaman: The preparation and after care of short-circuit and colectomy patients. With drawings of illustrative cases of chronic intestinal stasis. (Über die Vorbereitung und Nachbehandlung bei Ausschaltung und Resektion des Kolons; mit Illustrationen charakteristischer Fälle von chronischer Darmstasis.) Internat. journal of surg. Bd. 27, Nr. 4, S. 130—134. 1914.

Die Ausschaltung und Resektion des Kolons, die mit Recht als eine eingreifende Operation gilt, kommt glücklicherweise nur bei einer kleinen Gruppe von Kranken mit chronischer Darmstasis in Frage. Freilich ist die Mortalität auch von vielen Autoren überschätzt worden. Bainbridge hat die von Arbuthnot Lane von Mai 1900 bis Oktober 1913 operierten Fälle gesammelt, es handelt sich um 54 Fälle von Kolonausschaltung und 52 Fälle von Kolonresektion. Von den 104 Patienten starben 4; einer starb auf dem Operationstisch, zwei gingen an Sepsis, einer 10 Tage nach der Operation an Lungenembolie zugrunde. Diese verhältnismäßig niedrige Mortalitäts-

ziffer beruht nicht nur auf der ausgezeichneten Technik Lanes, sondern auch auf der genauen Auswahl der Fälle, der Vorbereitung und Nachbehandlung.

Nach Abschluß der röntgenologischen Untersuchung erhält der Patient 1 Unze (= 25 g) Ricinusöl und hierauf 2 Tage lang morgens und abends einen Seifeneinlauf; nur flüssige Kost; bei angegriffenen Patienten alle 4 Stunden $^1/_2$ Unze Branntwein. Am Abend vor der Operation wird das Abdomen rasiert, mit Seife und Äther gereinigt und steril bedeckt. Am nächsten Morgen wird es mit einem sterilen Tupfer mit Jodtinktur bestrichen und wieder mit einer sterilen Kompresse bedeckt. 1 Stunde vor der Operation Injektion von Morphium und Atropinsulphat. Äthernarkose. Während der Operation subcutane Infusion von 2—3 l Kochsalzlösung. Vor der Operation wird ein Rectalrohr eingeführt, welches liegen bleibt und nach der Operation mittels eines Verbindungsschlauches in ein „Receptaculum" neben dem Bett geleitet wird. Die Dauer dieser Drainage beträgt ca. 6 Tage. Die Wunde wird anstatt mit steriler Gaze mit sterilen heißen Kataplasmen bedeckt, darüber ein Bindenverband. Durch die Wärmezufuhr wird die herabgesetzte Widerstandskraft der Gewebe gegenüber dem Bact. coli erfolgreich bekämpft. Nach der Operation wird der Patient auch im Bett an Brust und Abdomen beständig und kräftig eingewärmt. Fowlersche Lage. Stündlich Pulskontrolle, alle 4 Stunden Messung der Temperatur. Die Kataplasmen werden anfänglich zweistündlich, am 3. Tage vierstündlich gewechselt. In den ersten 2 Tagen erhält der Patient nur Wasser, dann Tee, Beeftea und Branntwein 4 Tage lang, hierauf allmählich Gelee, Eierrahm, Fisch und Hühner- niemals anderes Fleisch. Nach dem 3. Tage dreimal täglich 1 Unze Paraffinum liquidum purum. Am Ende der 4. Woche verläßt der Patient zum erstenmal das Bett; nach 6 Wochen Entlassung. Bei der Entlassung Verordnung des Laneschen Unterleibsgürtels. *Saxinger* (München).

Schwartz, Anselme, et Pierre Cruet: Des sections vasculaires dans l'abaissement du colon après extirpation du rectum. (Die Gefäßunterbindungen zur Mobilisierung des Kolon bei der Rectumexstirpation.) Paris méd. Jg. 4, Nr. 19, S. 476 bis 480. 1914.

Verff. besprechen die verschiedenen Versuche und Methoden, die zur Vermeidung der Gangrän bei der Entfernung von hochsitzenden Rectumcarcinomen von Sudek, Quenu, Hartmann, Kubesh u. a. unternommen worden sind. Nach einer Kritik dieser Methoden kommen sie auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: Bei den vornehmlich rectal gelegenen Carcinomen genügt die Unterbindung oberhalb des Sudekschen Punktes zur Ernährung des Rectums und für Beweglichmachung des Kolons. Bei den Carcinomen, die höher gelegen sind (also rectosigmoidale und sigmoidale Carcinome), hat die Ligatur oberhalb des Sudekschen Punktes keinen Wert, da man, um radikal zu operieren, so hoch hinaufgehen muß, daß die Blutversorgung von diesem Unterbindungspunkt aus keine sichere mehr ist. Ebenso genügt die Unterbindung nach Sudek in Fällen von einer kurzen Flexur nicht zur Mobilmachung derselben. Für diese Fälle müßte man die Ligatur der diese Darmpartie fixierenden Sigmoidarterien vornehmen. Die Verff. ziehen aber für diese Fälle die Unterbindung des Stammes der Arteria mesenterica inferior an ihrer Ursprungsstelle vor. An der Hand von Abbildungen besprechen sie die Technik dieser Unterbindung genau und sagen, daß diese Unterbindung vereint mit der koloparietalen Loslösung eine sehr ausgiebige Mobilisierung des Colon descendens ermögliche. Nach der Unterbindung der Art. mesenterica inferior nahe der Aorta wird die Blutversorgung des Colon descendens hergestellt durch die Art. colica sinistra superior und durch die paraintestinalen Arkaden. *Körbl* (Wien).

Aubert, V.: Un anus terminal continent. (Ein kontinenter, definitiver Anus praeternaturalis.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **23**, Nr. 4, S. 230—241. 1914.

Laparotomie durch einen Schnitt, entsprechend dem der Bassinischen Hernienoperation, etwas über die Spina ant. sup. hinaufreichend. Den Kanal, durch den das orale Darmstück hindurchgezogen wird, bildet Verf. folgendermaßen: ca. 2 cm von der Spina ant. sup. gegen das Kreuzbein zu wird eine kleine Incision parallel dem Poupartschen Band gemacht; von hier aus wird der M. transversus stumpf unterminiert, und man gelangt an den, der Laparotomiewunde zugekehrten Rand dieses Muskels, woselbst seine Muskelscheide incidiert wird. Von diesem Punkt wird dann

das vorher durchtrennte und abgebundene Kolonstück gegen die Incision am Rücken resp. Oberschenkel gezogen. Die Methode erinnert sehr an die von Brenner angegebene, welchen Autor aber Verf. nicht zitiert. *Körbl* (Wien).

Mourgues, P. de: Des diverticules acquises du gros intestin. (Erworbene Dickdarmdivertikel.) Thèse de Lyon 1913, Nr. 84. 84 S.

Bei Leuten über 60 Jahren sind Dickdarmdivertikel häufig. Verf. fand sie 29 mal bei 100 Obduktionen alter Leute. Ihre Anzahl schwankt zwischen einem und Dutzenden, ihre Größe zwischen einem Kirschkern und einer Haselnuß. Ihr Sitz ist mit Vorliebe das S romanum, besonders in seinem mittleren Teil und entlang den Längsmuskelzügen oder den epiploischen Falten. Auch im Rectum sind sie beobachtet worden. Verf. fand sie im Colon transversum und 2 mal im Coecum. Sie sind entweder leer oder enthalten Kot-Partikel oder Steine. Es kommen falsche und echte Divertikel vor, je nachdem sie in ihrer Wand eine Muskelschicht haben oder nur eine Vorstülpung der Schleimhaut durch die Muskelschicht hindurch bilden. Bei manchen Individuen kommen beide Formen vor. — Den Verf. beschäftigen ausschließlich die erworbenen Dickdarmdivertikel. Ihr Entstehungsmechanismus steht in engem Zusammenhang mit der Überanstrengung der Bauchpresse bei alten, obstipierten Leuten. Sie machen selten klinische Erscheinungen und sind meist nur Obduktionsbefunde.

Fritz Loeb (München).

Hengstenberg, Werner: Beitrag zur Kasuistik der Darmlipome. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol. Bd. **8**, H. 2, S. 230—241. 1914.

21jähriges Mädchen erkrankt an akuter Appendicitis; bei der Operation wird ein vorquellendes, schlecht zu übersehendes Lipom entfernt, wonach der brandige Wurmfortsatz zum Vorschein kommt; auch dieser wird exstirpiert. Sehr bald bildet sich eine große Kotfistel. Das entfernte Lipom enthielt ein Stück Dickdarmwand. Einige Wochen später nach Röntgenaufnahme Ileus- bzw. Peritonitis. Laparotomie, Anlegung einer Dünndarmfistel. 12 Stunden später Exitus. Das exstirpierte Präparat enthält massige, um die Darmwand gelagerte Appendices epiploicae von lipomartigem Charakter. Die Sektion ergibt außer einer frischen Peritonitis eine von der ersten Operation herrührende Darmfistel, die in einen Kotabsceß mündete. Das ganze Colon descendens sowie Flexura sigmoidea und ein Teil des Rectums zeigte zahlreiche submuköse und subseröse Lipome, letztere zum Teil gestielt. Inwieweit diese Lipome klinische Bedeutung gehabt haben, bleibt ungeklärt. *Herzfeld* (Berlin).

Kausch: Über Varikose und Cavernose des Mastdarms. Chir.Kong.

Kausch stellt folgenden, wie es scheint, einzig dastehenden Fall vor: Der 17jährige Patient leidet seit dem 2. Lebensjahr an täglichen Blutungen aus dem Darm. Mit $3^1/_2$ Jahren wurde wegen Hämorrhoiden eine zirkuläre Excision vorgenommen, ohne Erfolg. Mit 14 Jahren starke Verschlimmerung, die Blutungen wurden so heftig, daß Patient enorm herunterkam, schließlich fast andauernd bettlägerig war, der Hämoglobingehalt sank bis auf 15%. Patient wurde mehrfach operiert, aber nie etwas Radikales vorgenommen; zuletzt wurde ein Anus sigmoideus angelegt, alles ohne Erfolg. November 1913 kam Patient in K.s Hände; er war in sehr elender Verfassung. In mehreren Sitzungen wurde der erkrankte unterste Darmabschnitt, d. h. der ganze Mastdarm und der unterste Teil der Flexur entfernt und die Flexur heruntergezogen. Zurzeit besteht noch ein Anus im Colon transversum, Patient wird mit Sondierung ohne Ende behandelt, da das unterste Ende des heruntergezogenen Darms abgestorben ist. Hämoglobingehalt 60%. Nie mehr Blutungen. Der ganze Mastdarm ist eingenommen von Cavernomen und Varicen. Es handelt sich zweifellos um ein angeborenes und progredientes Leiden, welches mit den gewöhnlichen Hämorrhoiden nichts zu tun hat (Demonstration des Präparates). *Katzenstein* (Berlin.)

Jüngling, Otto: Über hereditäre Beziehungen zwischen Polyposis recti und Rectumcarcinom. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol. Festschr. f. P. v. Baumgarten-Tübingen Bd. **9**, H. 1, S. 55—60. 1914.

Die Familiengeschichte eines vom Verf. beobachteten Falles von Mastdarmpolypen bei einem Knaben ergab, daß die Mutter des Patienten und 3 Geschwister der Mutter an Rectumcarcinom gestorben sind; eines dieser 3 Geschwister, eine Schwester, litt seit ihrem 10. Lebensjahr an Polyposis recti; deren Sohn litt ebenfalls an Pylyposis recti und ist an Rectumcarcinom gestorben. Diese Beobachtung zeigt nicht nur den fast immer zu beobachtenden Übergang von

Polyposis recti in Carcinom und die Vererbung von Polyposis recti auf die Nachkommen, sondern sie zeigt auch das vollkommen koordinierte Auftreten von Rectumcarcinom neben Polyposis recti, und es erscheint demnach wahrscheinlich, daß ein an Rectumcarcinom leidender Patient die typische Polyposis recti auf seine Nachkommen vererben kann. *Körbl* (Wien).

Fiolle, Jean, et Paul Fiolle: Les fibroses péri-métro-rectales. Etude clinique. (Die fibrösen Verwachsungen zwischen Perimetrium und Rectum.) Journ. de chirurg. Bd. **12**, Nr. 5, S. 575—592. 1914.

Besser als durch die deutsche Übersetzung wird man das, was die Verff. darunter verstehen, erkennen durch die Definition, daß eine Schädigung, die in einer mehr oder weniger vollständigen Einschnürung des Rectums besteht, und zwar durch fibröse Massen, die die Residuen von alten und vollständig ausgeheilten Entzündungen des Uterus und der Adnexe sind, zu einer peri-metro-rectalen Fibrose führt. Die Frauen sind meist im Alter von 40—50 Jahren, weil eben die Fibrose sehr lange Zeit braucht, um sich zu entwickeln; es kann eine jede Erkrankung der weiblichen Genitalien diesen Endausgang haben, meist aber ist eine puerperale Infektion oder Gonorrhoe vorausgegangen. Die Symptome bestehen in abwechselnder Verstopfung und Diarrhöen, wie sie eben durch die Stenose des Rectums bedingt sind, ebenso wie die Veränderung des Kotes, je nach der Form der Striktur. Die Rectalschleimhaut bleibt lange gut verschieblich, ist stets glatt, ohne Substanzverlust, und darin, d. h. in der Intaktheit der Schleimhaut, liegt der wichtigste Unterschied gegen Carcinom, womit der palpatorische Befund und das Gesamtbild noch am leichtesten verwechselt werden könnte. Die Prognose ist meist sehr ernst, schon deswegen, weil die Patienten gewöhnlich erst spät zur Behandlung kommen; diese, die an mehreren Fällen erläutert wird, besteht vor allem in der Hysterektomie, die mitunter recht schwierig sein kann; falls das noch nicht ausreicht, kann man noch von der Vagina aus unter Leitung des in den Anus eingeführten Fingers die fibrösen Stränge durchschneiden. Nach diesen operativen Maßnahmen ist eine Dilatation des Rectums, das ja nach Fortnahme von Uterus und Adnexen jetzt Platz hat, sich auszudehnen, für längere Zeit durchzuführen. Bei Stenosen, die sich rasch entwickeln, ist die Anlegung eines Anus praeternaturalis nicht zu umgehen. Die von anderer Seite vorgeschlagene Excision der ganzen fibrösen Partie verwerfen sie wegen der Schwere des Eingriffs. Auf die Literatur ist leider in der sonst so ausführlichen Arbeit mit keinem Worte eingegangen. *Valentin* (Berlin).

Viko, E.: Surgical treatment of urethrorectal fistulas. (Die chirurgische Behandlung der Urethro-Rectalfisteln.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 14, S. 1083—1084. 1914.

Die ungünstigen Erfolge der jetzt üblichen Operationsmethoden bei den Rectourethralfisteln (in 75% der Fälle sollen Fisteln zurückbleiben) beruhen nach Ansicht des Verf. darauf, daß durch diese Operationen an gekrümmten Stellen der Urethra, an denen ein hoher Druck herrsche, statt der kleinen Fistelöffnung eine lange Wunde geschaffen werde, die deshalb wenig widerstandsfähig gegen den Druck des Harns sei, weil die Wand zwischen Urethra und Rectum zu dünn sei und durch die vorausgehende Operation geschädigt. Verf. geht daher so vor, daß er sich die Fistel durch perineales oder sakrales Vorgehen darstellt und sie durch eine Tabaksbeutelnaht verschließt. Um einen genügend starken, gesunden, widerstandsfähigen Wall zwischen Rectum und Urethra zu schaffen, mobilisiert er das Rectum und verschiebt es so, daß gegen die Urethrafistel gesunde Gewebspartien zu liegen kommen. Details sind im Original einzusehen. *Körbl* (Wien).

Hodges, J. Edward: Imperforate anus. (Atresia ani.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 12, S. 368—369. 1914.

In dem mitgeteilten Falle bestand eine Atresie des Anus und eine Kommunikation des Darms mit der Blase. Hodges begnügte sich am 2. Tage nach der Geburt mit einer Incision

in der Mittellinie, Herunterholen des Blindsackes und Naht nach Eröffnung. Gleichzeitig wurde ein überzähliger Daumen entfernt. Erst als drei Wochen später das Kind wegen erneuten Darmverschlusses in die Klinik kam, der durch eine Verengerung des Darms, etwas oberhalb des Anus bedingt und durch allmähliche Dilatation beseitigt wurde, zeigte sich die Kommunikation mit der Blase durch zeitweilige Entleerung kleiner Stuhlmengen aus dem Penis und von Urin aus dem Anus. H. will die Beseitigung dieser Verbindung zwischen Darm und Blase einer späteren Zeit überlassen und hofft durch Darreichung von Urotropin einer Infektion der Blase vorbeugen zu können. *Stettiner* (Berlin).

Barnes, Rollin H.: The rectal plug. (Über das Mastdarm-Stopfrohr.) Journ. of the Missouri State med. assoc. Bd. **10**, Nr. 5, S. 167—169. 1913.

Der Nutzen des Stopfrohres nach Operationen am Mastdarm ist illusorisch. Dagegen reizt es und gibt zu schmerzhaften Sphincter-Kontraktionen Anlaß, die erst nach Entfernung des Rohres aufhören. Das Mastdarm-Stopfrohr soll daher nicht mehr verwendet werden. *zur Verth* (Kiel).

Leber und Gallengänge:

Beresnegowski, N. I.: Über die Anwendung des isolierten Netzes zur Stillung von Leberblutungen. Ssibirski Wratsch Jg. **1**, Nr. 18, S. 326—330. 1914. (Russisch.)

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **5**, S. 287. *Hesse* (St. Petersburg).

Mayer, Otto: Über Feststellung von Typhusbacillendauerträgern durch Untersuchung des bei Operationen gewonnenen Gallenblaseninhalts. (*Kgl. bakteriol. Untersuchungsstat., Landau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 20, S. 1116 bis 1118. 1914.

Verf. hat 70 durch Operation gewonnene Gallenblasen auf das Vorhandensein von Typhusbacillen untersucht. In 6 Fällen wurden Typhusbacillen, in 1 Fall Paratyphus B nachgewiesen. Die Orte, aus denen die Personen mit positivem Bacillenbefunde stammten, gehören zu den endemischen Typhusherden der Pfalz. Die genaue Beobachtung der Personen, von denen die betr. Gallenblasen stammten, zeigte, daß die Exstirpation der Gallenblase das einzige Mittel zurzeit darstellt, um die Ausscheidung von Typhusbacillen jedenfalls in einem Teil der Fälle sofort auf längere Zeit zum Verschwinden zu bringen. Später allerdings scheint doch in einem Teil der Fälle die Bacillenausscheidung wieder aufzutreten. Es müssen deshalb die betreffenden Personen auch nach der Operation in ständiger Beobachtung in bezug auf Bacillenausscheidung bleiben. *Unter Ecker* (Karlsruhe).

Willis, A. Murat, and F. H. Smith: A complicated gall-stone case. (Ein komplizierter Gallensteinfall.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 3, S. 59—61. 1914.

Trotz Operation und Entfernung einer großen Anzahl Steine verblieb schwerer Ikterus, der im weiteren Verlauf zu Hämorrhagien in das Gewebe des äußeren Ohres, des Armes, der Nieren und des Gaumens führte, die eine zweite Operation nicht ratsam erscheinen ließen. Es kam weiter zu kardio-respiratorischen Anfällen, Schüttelfrost und schweren cholämisch-toxischen Symptomen, denen der Pat. zu erliegen drohte. Erst 14 Monate nach der ersten Operation konnte ein zweiter Eingriff gewagt werden bei dem zwei Steine im retroduodenalen Anteil des Choledochus entfernt wurden. Volle Genesung. *Kindl* (Kladno).

Hamilton, W. D.: Gall-stones. (Über Gallensteinerkrankungen.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 12, S. 309—312. 1913.

Bericht über 255 operierte Fälle von Gallensteinen. — Bei Stauungen in der Gallenblase wird auch der Magen stark in Mitleidenschaft gezogen, indem die Peristaltik erschwert wird. So gleicht ein großer Teil der Beschwerden denjenigen einer chronischen Magenerkrankung; daneben bestehen Schmerzen, die gewöhnlich nach dem Rücken oder nach der rechten Seite selten nach links hin ausstrahlen. Differentialdiagnostisch gegenüber Ulcus ventriculi oder U. duodeni kommt die Unabhängigkeit der Schmerzen von den Mahlzeiten in Betracht; bei akuter Pankreatitis sind die Schmerzen heftiger, der Druckschmerz nicht so umschrieben, wie bei Gallensteinen. — Bei Steinbildung im Ductus choledochus kommt es wegen der reichlichen Lymphgefäßversorgung viel häufiger zu septischen Erscheinungen, die nicht selten zu einer Verwechslung mit Malaria führen. In $^5/_8$ der Fälle verläuft der Ductus choledochus durch den Kopf des Pankreas, statt hinter demselben, so daß es durch Schwellung des letzteren auch ohne erhebliche Steinbildung zu einem akuten Verschluß des Ductus kommen kann. Bei der Operation ist strenge darauf zu achten, daß alle Steine entfernt werden, da sonst Gallenfisteln zurückbleiben. *Deus.*

Pankreas:

Nemiloff, A. A.: Versuche freier Pankreastransplantation. (*Chirurg. Klin. Prof. Oppel, K. Milit. med. Akad., St. Petersburg.*) Dissertation: St. Petersburg 1914. 228 S. (russisch).

Auf Grund eingehenden Literaturstudiums kommt Verf. zum Schluß, daß der Bauchspeicheldrüse, außer exkretorischer Tätigkeit, auch eine innersekretorische Funktion, die vielleicht mit den Langerhansschen Inseln zusammenhängt, zukommt. Der Zweck vorliegender Arbeit war die Möglichkeit durch homologische Pankreastransplantation die darniederliegende innersekretorische Funktion der erkrankten Bauchspeicheldrüse zu ersetzen und auf diese Weise ein Mittel zur Bekämpfung der Zuckerkrankheit zu finden, festzustellen.

Verf. hat 84 Hunde operiert und 67 Transplantationen ausgeführt, in dem er zur Verhütung der Selbstverdauung des Transplantates durch vorläufige Unterbindung des Ausführungsganges einen gewissen Grad von Atrophie zu erzielen suchte oder die Bauchspeicheldrüse neugeborener junger Hunde dazu benutzte. Vergleichsweise wurden auch einige Autotransplantationen und Überpflanzung normalen Pankreasgewebes ausgeführt. Die 1—2 cm großen, scheibenartigen Gewebsstückchen wurden meist gleichzeitig subcutan und ins Omentum majus, in einigen Fällen auch ins Mesenterium und nur zweimal subserös in den Dünndarm transplantiert. Die Versuchstiere wurden in verschiedenen Zeiträumen von 24 Stunden bis 5 Monaten und 20 Tagen durch Chloroforminjektion ins Herz getötet. Im Laufe der ersten 2 Wochen ließ sich das Transplantat also solches noch auffinden, späterhin konnte es nur noch mikroskopisch festgestellt werden. Die Versuchsprotokolle werden alle ausführlich mitgeteilt. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die auto- oder homoplastisch, subcutan oder intraabdominal übertragenen Pankreastransplantate gehen schon im Laufe des ersten Tages größtenteils zugrunde und verwandeln sich nach kurzer Frist in strukturlose Trümmer. 2. Bloß an der Peripherie des Transplantates bleibt eine dünne Zone lebendigen Parenchyms übrig, die in autoplastischen Versuchen besser ausgeprägt war. 3. In der Umgebung des Transplantates treten anfangs entzündliche Erscheinungen mit hämorrhagischem Exsudat auf, dann bildet sich Granulationsgewebe mit nachfolgender Umwandlung in Narbengewebe, das mit fortschreitender Resorption des Transplantats dasselbe ersetzt. Dabei verfallen auch die Reste erhalten gebliebenen Pankreasparenchyms in der dünnen Randzone, und zwar bei homoplastischen Transplantaten schneller, als bei autoplastischen. 4. Die Langerhansschen Inseln werden im Transplantat nur selten angetroffen und verfallen ebenfalls einer sekundären Atrophie und dem Untergange. 5. Regenerationserscheinungen wurden keinmal angetroffen. 6. Die längste Frist, nach deren Verlauf noch Reste erhaltenen Parenchyms gefunden werden konnten, betrug 14 Tage, der Vernarbungsprozeß war in 3 Wochen vollendet. 7. Das Narbengewebe an der Transplantationsstelle verfällt allmählich einer fettigen Degeneration und wird resorbiert. Großes Literaturverzeichnis zur Frage der experimentellen Diabetes und jener der Transplantation parenchymatöser Organe. Gute mikroskopische Abbildungen.

Stromberg (St. Petersburg).

Milz:

Florowsky, W. W.: Ein Fall von isolierter Milzverletzung. (*Chirurg. Abt. d. alten städt. Krankenh. Odessa.*) Praktitschesky Wratsch Jg. 13, Nr. 19, S. 263—266. 1914. (Russisch)

In der Literatur werden 51 Fälle von Stich- und Schnittwunden der Milz beschrieben, doch nur in 6 Fällen handelte es sich um ausschließliche Verletzung der Milz, während die benachbarten Organe verschont geblieben waren. Verf. erwähnt einen 29jährigen Mann, der sich in selbstmörderischer Absicht mit dem Federmesser eine tiefe Wunde an der Kreuzungsstelle der L. l. supraumbilicalis und Axillaris anterior sin. zugefügt hatte. Die wie es sich herausstellte, nach überstandenen Malariaattaquen vergrößerte Milz war frei beweglich und wies eine klaffende 2 cm lange Wunde auf, die durch ein Stück abgetragenen Netzes, welches durch eine oberflächliche Naht, die nur die Kapsel faßte, befestigt war, tamponiert wurde. Die Blutung stand bald. Die Wunde heilte per primam. Die pathologische Vergrößerung der Milz mag wohl nicht ohne Einfluß für das Zustandekommen dieser Art Verletzung gewesen sein.

Koenig (St. Petersburg).

Herrick, Frederick C.: Splenic anaemia with splenectomy (Banti's disease). A case report with remarks. (Anaemia splenica mit Splenektomie [Bantische Krankheit]). Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 5, S. 690—697. 1914.

3 Stadien: 1. Schwäche, Übelkeit, unbestimmte Schmerzhaftigkeit in der Milzgegend, geringe Anämie, 10—15 Jahre dauernd, in jugendlichem Alter. 2. Milzvergrößerung mit spärlichem, dunklem Urin, pigmentierter Haut, Diarrhöe, Hämorrhagien wenige Monate bis 2 Jahre dauernd. 3. Lebervergrößerung, Ascites, Kachexie, intercurrente Krankheiten oder Tod. Der Tod trat in einem Falle des Verf. von Milzvergrößerung in urämischen Coma auf. Nach dem Tode erwiesen sich die Nieren als gesund. Häufige Wiederkehr des Ascites, der eine Folge der Störung des normalen zirkulatorischen Gleichgewichts ist, worauf die fortschreitend geringer werdende Urinmenge hindeutet. Die folgende Toxämie wird hervorgerufen durch die unausgeschiedenen Umsetzungsprodukte oder die ätiologisch in Frage kommenden Toxine. Von der Ätiologie weiß man nur, daß die Milz der primäre Sitz der Erkrankung ist. Therapie: möglichst frühzeitige Splenektomie.

Krankengeschichte einer 33jährigen Frau mit Anaemia splenica, die durch Splenektomie geheilt wurde. Bemerkenswert sind im vorliegenden Falle das unerklärte Fieber einige Jahre vorher, Fehlen von Malaria, Lues und Alkoholismus, die primäre Milzvergrößerung, Leukopenie vor, Leukocytose nach der Operation, Besserung nach Splenektomie. 5—6 Wochen nach der Operation: Rote Blutkörperchen 5 200 000, weiße 12 000, Hämoglobin 95%. (Vor der Operation: Rote 4 900 000, weiße 4000, Hämoglobin 80%). *Hoffmann* (Greifswald).

Nebennieren:

Riemann, G.: Über einen Fall von Addisonscher Krankheit nach Trauma. (*Krankenh. München-Schwabing.*) Dissertation: München 1913. 16 S.

Bei einem Bahnarbeiter ist 3 Monate nach einem Unfall das ausgeprägte Bild des Morbus Addison entstanden und der Zusammenhang mit dem Trauma offensichtlich geworden. Auffällige, immer zunehmende Muskelschwäche, rasch zunehmende Pigmentierung, sehr starke psychische Depressionen. Gastrische Krisen weniger ausgeprägt. Pat. steht noch in Beobachtung. *Fritz Loeb* (München).[M]

Hopf, Karl: Über Knochenmarksgewebe in der Nebenniere. (*Krankenh., München-Schwabing.*) Dissertation: München 1913. 13 S. (R. Müller & Steinicke.)

In beiden Nebennieren einer 76jährigen wurde Fettgewebe von Erbsengröße gefunden. Der histologische Befund erweist es als Knochenmarksgewebe. Auffassung einer kompensatorischen Bildung extra-medullären Marks bei durch schwere Affektion in seiner Funktion gelähmten Knochenmark. — Der mitgeteilte Fall ist die zweite einschlägige Beobachtung. Die erste rührt von Gierke (Festschr. f. Arnold im 7. Supplementband, Zieglers Beiträge 1905). *Fritz Loeb* (München).[M]

Harnorgane:

Morton, Henry H.: Urological surgery. (Urologische Chirurgie.) Med. times Bd. **42**, Nr. 5, S. 149—151. 1914.

Budde, W.: Zur Genese der Hufeisenniere und verwandter Nierenmißbildungen. (*Anat. Inst., Bonn.*) Dissertation: Bonn 1913, 29 S.

Entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen mit problematischen Ergebnissen. *Fritz Loeb.*

Bauer, Richard, und Paul Habetin: Moderne Nierenfunktionsprüfung. (*II. med. Univ.-Klin., Wien.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. **8**, H. 5, S. 353—375. 1914.

Die Gesichtspunkte, von welchen aus die Fragen der Nierenfunktionsprüfung den Chirurgen und den Internisten interessieren, sind verschiedenartige. Der Internist hat sich vor allem folgende Fragen vorzulegen: 1. kann trotz fehlender Albuminurie eine primäre organische Erkrankung der Nieren bestehen? 2. muß andererseits jede Albuminurie Zeichen einer organischen Erkrankung der Niere sein? und endlich 3. soll der Internist über Grad und Ausdehnung, über Prognose und Therapie des Falles sich ein Urteil bilden. Die Funktionsprüfung im Sinne des Internisten ist von Schlayer in ein bestimmtes System gebracht worden, der zu dem Schlusse kam, daß Störung der Wasser- und Milchzuckerausscheidung auf eine Funktionsstörung des Gefäßapparates der Niere, Störung der NaCl- und J-Elimination auf

mangelhafte Funktion des tubulären Apparates hinweise. Monakow stellte fest, daß die normale Stickstoffausscheidung an normale Funktion des Gefäßapparates gebunden sei. Ambard brachte das Gesetz von dem bestimmten Verhältnis des Cl und Harnstoffgehaltes in Blut und Harn, welches bei normaler Funktion konstant ist. Schließlich macht Strauss die Prognose eines Falles von der Erhöhung des Reststickstoffes abhängig. Die Verff. haben es unternommen, eine Reihe von Fällen nach der Methodik von Schlayer, Monakow, Ambard und Strauss zu untersuchen. Zunächst teilen sie die Technik der Methoden mit, wobei namentlich auf die Versuchsanordnung Ambards genauer eingegangen wird. Nach Schlayer und Monakow wurden 11 Fälle untersucht, darunter 4 Fälle von orthotischer Albuminurie, bei denen sich ergab, daß immer eine Schädigung der Gefäßfunktion vorlag, eine solche fand sich auch bei 2 Fällen von luetischer Amyloidose und 2 Fällen von akuter hämorrhagischer Nephritis. Es wurden immer Resultate erzielt, welche mit dem klinischen Bilde in gutem Einklang standen. Die Methodik Ambards fand 22 mal Anwendung, die erzielten Resultate erscheinen in 3 Gruppen gegliedert. Die 1. umfaßt die Fälle, bei denen die Retention 0,5 beträgt, die 2. die Fälle mit einer Retention größer als 0,5, die 3. Gruppe die mit einem negativen Wert von R. Die Verff. kommen zu dem Schluß, daß Werte von R. unter 0,5 nicht als pathologisch, Werte von 0,5—1 und solche über 1 als abnormal zu betrachten sind, welche auf Chlorämie hinweisen. Solche hohen Werte fanden sich 5 mal bei hochgradigem Hydrops und bei solchen Fällen, welche auch nach dem klinischen Bilde als schwere charakterisiert waren. Auch die Ambardsche Harnstoffzahl, constante ureosécretoire, wurde in 15 Fällen bestimmt, sie beträgt normalerweise 0,06—0,08. Der Harnstoffgehalt des Blutes läßt bereits ein gewisses Urteil über die Harnstoffretention zu, noch sicherer aber ist es, wenn man außerdem noch die Ausscheidungsgrößen berücksichtigt. *Rubritius* (Marienbad).

Lewis, Bransford: Diagnostic methods in diseases of the kidney. (Diagnostische Methode bei Nierenkrankheiten.) Chicago med. rec. Bd. **36**, Nr. 4, S. 198—202. 1914.

Barkley, A. H.: Subparietal rupture of the kidney with report of cases. (Über subcutane Nierenruptur mit Bericht einschlägiger Fälle.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 18, S. 475—477. 1913.

Verf. hält die subcutane Ruptur der Niere für häufiger als die Ruptur irgendeines anderen Organs unterhalb des Zwerchfells. Die operative Behandlung soll sich, wenn irgend möglich, auf konservative Maßnahmen (Tamponade, Drainage, Naht) beschränken. In einem Falle von sternförmiger Ruptur, in dem das Parenchym sehr brüchig war, hat Verf. die einzelnen Stücke der Niere mit bestem Erfolg wie ein Paket mit Catgut zusammengeschnürt. *Kempf.*

Lenormant, Ch.: Sur la valeur et les indications de la néphropexie. (Über Wert und Indikationen der Nephropexie.) Presse méd. Jg. **22**, Nr. 37, S. 354—356. 1914.

Die Arbeiten von Luzoir (Marion), sowie von Scheuermann (Rovsing), von denen der erste über 39, der zweite über 189 Nephropexien berichtet, werden sehr genau kritisch beleuchtet. Verf. geht nach einer Darstellung der Geschichte der Nephropexie zuerst auf die Operationsmethoden ein. Die beste ist die kombinierte Guyon-Albarransche Methode. Die Fäden werden durch die nach den Seiten heruntergeklappten Lappen der Capsula propria und durch das Parenchym hindurchgeführt. Entgegen der in obigen Arbeiten zutage tretenden Tendenz nach Erweiterung der Indikationsstellung für die Nephropexie legt Verf. dar, daß bei genauer klinischer Analyse der Fälle die Indikation zur Operation nur selten gestellt werden darf. Die Operation ist im wesentlichen nur dann berechtigt, wenn Schmerzen bestehen, und wenn diese lediglich auf die Wanderniere bezogen werden können (Aufhören der Schmerzen in Rückenlage!), ferner bei bestehender Retention. Gleichzeitiges Bestehen von Verdauungsstörungen, Neurasthenie, Psychosen fordern zu größter Zurückhaltung auf, sowie zur genauen Untersuchung sämtlicher Organe des Abdomens (Ptose anderer Organe!). *W. Israel* (Berlin).

Ceccherelli, A.: Due casi di nefropessia per rene mobile. (Zwei Fälle von Nephropexie bei Wanderniere.) (*Clin. chirurg. operat., univ., Parma.*) Clin. chirurg. Jg. **22**, Nr. 4, S. 691—693. 1914.

Die Operation wurde nach der Methode Prof. Ceccherellis ausgeführt (Fixation der dekapsulierten Niere aus der 11. und 12. Rippe durch tiefe Nähte. *Posner* (Jüterbog).

Mickaniewski, M.: Des interventions dans la maladie kystique des reins. (Eingriffe bei Cystennieren.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 5, S. 603—613. 1914.

Die cystische Degeneration der Nieren ist fast stets doppelseitig. Die operative Behandlung kann nur palliativ sein. Als Indikationen zum Eingriff betrachte man: unerträgliche Schmerzen, Vereiterung der Cysten, dauernde Blutungen. Hydronephrose, Anurie. Operationsmethoden: Nephrektomie, nur wenn die andern Methoden unmöglich erscheinen, Nephrotomie, aber nie bei bestehnder Anurie, Dekapsulation mit Excision der Cysten, ev. verbunden mit Nephropexie, partielle Nephrektomie. Punktion oder Incision der Cysten wird verworfen. *Posner* (Jüterbog).

Nogier, Th., et Jean Reynard: Coexistence d'une tumeur du rein et d'une néphrolithiase bilatérale. (Gleichzeitiges Bestehen eines Nierentumors und doppelseitiger Nephrolithiasis.) Lyon méd. Bd. **122**, Nr. 20, S. 1069—1072. 1914.

Gleichzeitiges Vorkommen von Nierensteinen und Tumor ist bisher nicht häufig beobachtet. Der ursächliche Zusammenhang beider Befunde wird verschieden beurteilt. Die Mehrzahl der Autoren hält den Krebs für eine Folge des dauernden Reizes durch die Steine, jedoch können auch Fälle vorkommen, wo es durch Inkrustationen des Tumors ähnlich wie in der Blase zu Steinbildung gekommen ist. Der vorliegende Fall spricht für die erstgenannte Entstehungsweise.

49jähriger Mann hat niemals deutliche Kolikanfälle gehabt, dagegen seit seiner Kindheit dumpfe Schmerzen, anfangs nur links, später auch rechts, seit mehreren Monaten besteht beträchtliche Hämaturie, die durch Cystoskopie als linksseitige festgestellt wird. Die weitere Untersuchung stellt durch Röntgen und Pyelographie nach Kollargolfüllung des linken Nierenbeckens das Vorhandensein von 32 Steinen in der linken und von 16 in der rechten Niere sowie eine sehr beträchtliche Erweiterung des linken Nierenbeckens fest (Injektion von 100 ccm Kollargol ohne Gefühl von Spannung). Es soll eine linksseitige Nephrolithomie vorgenommen werden, jedoch veranlaßt eine Punktion der Niere nach Freilegung, wobei durch das Vorhandensein einer grauen breiigen Masse der Verdacht auf Tumor erweckt wird, die Nephrektomie. Glatter Heilungsverlauf. Am Präparat sieht man einen der Wand eines Nierenkelches pilzförmig aufsitzenden Tumor, der sich bei der Untersuchung als epithelialer Natur herausstellt. Die Niere selbst bestand aus einem schlaffen, nur noch wenig Nierengewebe aufweisenden Sack. Verff. heben die großen diagnostischen Vorzüge der Pyelographie hervor. 4 Röntgenbilder. *Ellermann* (Danzig).

Jelenewski, K. F.: Primäres Carcinom der Niere. Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914, (Russisch.)

Perrero, Emilio: I tumori misti del rene. Contributo clinico ed anatomopatologico. (Die Mischgeschwülste der Niere. Klinisch und pathologisch-anatomischer Beitrag.) (*Laborat. di anat. patol., univ., Torino.*) Arch. per le scienze med. Bd. **38**, Nr. 2, S. 147—168. 1914.

Für die Ätiologie der Mischgeschwülste der Niere wichtiger Beitrag. Der durch Sektion gewonnene Tumor (6jähriger Knabe), 2950 g schwer, bestand aus einem exzentrischen Kern, welcher den Nierenrest umfaßte, und aus einem dicken bindegewebig-muskulären Schale. Die Kernmasse des Tumors erwies sich mikroskopisch als embryonales Gewebe mit den charakteristischen Zeichen des normalen metanephrogenen Gewebes. (Kugelbildungen, Ribbertsche Epithelrosetten, einschichtig und mehrschichtig epithelialisierte Kanäle). Zwischen diesem embryonalen Gewebe und dem des Nierenrestes bestand keine scharfe Grenze, sondern schrittweise Übergänge. An einer begrenzten Stelle der Kernmasse fanden sich außerdem gestreifte Muskelfasern im Zustande der Entwicklung. — Aus diesem Befunde schließt Verf., daß der größte Teil des Tumors aus metanephrogenen Gewebe in anormaler Entwicklung gebildet ist, daß man für die Erklärung der gefundenen Muskelfasern Keimversprengung annehmen muß, und daß also der vorliegende Tumor als eine Übergangsform zwischen den Mischgeschwülsten rein renalen Ursprungs und denen, die von extrarenalen, eingeschlossenen Keimen herstammen (Wilms, Ribbert), anzusprechen ist. Makro- und mikroskopische Abbildungen. *Posner* (Jüterbog).

Simpson, Thomas Young: A case of ectopia vesicae in which the ureters were grafted successfully into the rectum. (Fall von Blasenektopie, in welchem die Ureteren mit Erfolg in den Mastdarm eingepflanzt wurden.) Brit. med. journ. Nr. 2788, S. 1228. 1914.

Busson: Traitement radical des diverticules congénitaux de la vessie. (Radikalbehandlung angeborener Blasendivertikel.) These: Paris 1913, Nr. 425. 193 S.

Die Indikationen der operativen Behandlung angeborener Blasendivertikel sind: Komplikationen, besonders infektiöser Natur, die ein sofortiges Eingreifen erheischen, Umfang der Divertikel. Kontraindikationen: Schlechter Allgemeinzustand, schwere Cystitis und Pyelonephritis. Die Operation soll eine radikale sein. Bei Unmöglichkeit der Totalexstirpation: Marsupialisation. Die Radikaloperation besteht in Entfernung des Divertikels. Dabei empfiehlt sich besonders der subpubische Eingriff. Divertikel der Vorderwand und des Blasenscheitels können extravesical angegriffen werden. Bei allen anderen Divertikeln kommt nur der intra- oder transvesicale Weg in Frage. Verf. empfiehlt die Technik nach Marion: Zunächst beiderseitiger Ureterenkatheterismus. Füllen der Blase mit aseptischer Lösung. Trendelenburgsche Lage. 10 cm langer, medianer, subpubischer Einschnitt. Nach Eröffnung der Blase Einsetzen des Ecarteurs von Legueu. Versuch der Einstülpung. Wenn möglich, Resektion des Invaginatums. Naht. — Gelingt der Resektionsversuch nicht, dann transvesicale Methode in Kombination mit der intravesicalen. Freilegen der Blase. Eröffnung. Breite Resektion der Scheidewand zwischen Blase und Divertikel. Freilegen des Divertikels. Resektien. Catgutnaht in 2 Etagen. Schluß von Blase und Bauchwand. *Fritz Loeb.*

Della Torre, Pier Luigi: Sopra un caso di rottura traumatica della vescica. Osservazione clinica. (Über einen Fall traumatischer Blasenruptur.) (*Osp. civ. S. Maria, Treviglio.*) Rif. med. Jg. 30, Nr. 20, S. 539—545. 1914.

Der sehr ausführlich geschilderte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß der betreffende Knabe nach dem Trauma (Überfahrung) noch eine größere Strecke ohne Hilfe gehen konnte. Die Ruptur stelle befand sich an der Vorderfläche der Blase links von der Mittellinie. Keine Verletzung des knöchernen Beckengürtels. *Posner* (Jüterbog).

Le Fur, René: Elimination de soies par la vessie, formation de calculs vésicaux. (Ausstoßung von Seidenfäden durch die Blase hindurch mit Bildung von Blasensteinen.) Rev. prat. des malad. des organes génito-urin. Jg. 11, Nr. 62, S. 118—120. 1914.

Die 31jährige Patientin erkrankte 3 Wochen nach einer glattverlaufenen abdominalen Uterusexstirpation, bei der Seide verwendet worden war, mit heftiger Cystitis. Zertrümmerung eines der Blasenwand fest anhaftenden Steins gelingt, jedoch nicht die intravesikale Durchschneidung der Fadenschlinge trotz „Cystoscopie à vision directe". Einen Monat später Recidiv. Zertrümmerung gelingt wiederum, Entfernung des Fadens nicht. 6 Monate später Entfernung eines großen freien Steines aus der Blase durch Sectio alta, der sich um den Faden herum gebildet hatte. Heilung. Aus wiederholten Beobachtungen dieser Art geht die Notwendigkeit hervor, bei gynäkologischen Operationen für die Ligaturen keine Seide, sondern Catgut anzuwenden. *W. Israel* (Berlin).

Moore, Harvey Adams: Litholapaxy. (Litholapaxie.) Lancet-clin. Bd. 109, Nr. 14, S. 375. 1913.

Klinischer Vortrag, welcher die Litholapaxie höher stellt als die Lithotomie wegen des kleineren Eingriffes und weil die Kranken schneller arbeitsfähig werden. *v. Lobmayer* (Budapest

Duroeux: Syphilis de la vessie. (Blasensyphilis.) Thèse: Paris 1913, Nr. 419. 110 S.

Wenn auch bisher nur sehr spärliche Beobachtungen von Blasensyphilis bekannt geworden sind, so läßt sich deren Vorkommen nicht mehr bezweifeln. Blasensyphilis kann die einzige syphilitische Manifestation bilden, doch bestehen meist auch Erscheinungen von seiten der Haut und der Schleimhäute anderer Organe. Bei den Blasentraumen gelegentlich einer Tabes spielt die Lues nur eine indirekte Rolle auf dem Wege über das Nervensystem. Die Diagnose ist nicht schwierig. Spezifische Therapie.

Fritz Loeb (München).

Rolando, Silvio: Sur l'extirpation dans la vessie des papillomes volumineux à implantation péri-uréterale. (Zur Extirpation umfangreicher Blasenpapillome mit Sitz um die Uretermündung.) Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 5, S. 585—587. 1914.

Die Gefahr der Schädigung der Uretermündung bei Extirpation großer, um dieselbe sich erstreckender Papillome erfordert eine Sicherung des Ureters vor der Operation, die cystoskopisch durch Einlegen einer Sonde oder durch Sondierung nach Blasenöffnung geschehen kann. Verf. war es aber in Fällen sehr großer Tumoren auch so nicht möglich, den Ureter zu sondieren. Er empfiehlt in dieser Situation ein Abtragen des Tumors mit Kauter oder scharf über einer Ligatur. Dann findet man schnell in dem Stiel die Uretermündung, kann sie so sichern und dann die Extirpation des Stiels anschließen. (2 Krankengeschichten.) *Hoffmann* (Dresden).

● **Courtade, Denis: Notions pratiques d'électrothérapie appliquée à l'urologie. Préface de F. Guyon.** (Die Elektrotherapie in der Urologie.) (*Hôp. Necker, Paris.*) Paris: F. Gittler 1914. 212 S. Frs. 10.—.

Das 209 Seiten starke Buch enthält die in den Jahren 1911—13 gehaltenen Vorlesungen des Verf. und behandelt systematisch die Anwendung der verschiedenen elektrotherapeutischen Methoden bei den Erkrankungen des uropoetischen Systems. Nach einer elementaren physikalischen und allgemein physiologischen Einleitung wird die Behandlung der renalen Neuralgien, der Cystalgie, des urethralen und prostatischen Schmerzes besprochen. Die Therapie der motorischen Störungen, insbesondere der Störungen der Urinentleerung, wird auf Grund eingehender Schilderung der Blaseninnervation behandelt (Blasenlähmung, Urethralkrampf, Pollakiurie, Bettnässen, Spermatorrhöe). Nierentumoren und Tuberkulose können ev. durch Strahlentherapie beeinflußt werden, Nierenfistel durch Ionisation ebenso wie Cystitis. Blasentumoren können durch Hochfrequenzströme, Elektrokoagulation behandelt werden. Die spezielle Technik wird stets genau beschrieben. Schließlich wird die Anwendung der Elektrotherapie bei den Erkrankungen der Prostata, den Entzündungen der Harnröhre, bei den Strikturen, und den Polypen geschildert. Man kann sich unter Anleitung dieses Buches in diesem, in mancher Richtung entwicklungsfähigen Zweiges der Elektrotherapie einarbeiten. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Roth, Max, and Theodore Mayer: The practical value of posterior urethroscopy. (Der praktische Wert der hinteren Urethroskopie.) Americ. journ. of urol. Bd. 10, Nr. 5, S. 214—216. 1914.

Verff. kommen zu dem Schluß, daß die Urethroskopie zwar viel Licht, auf schwierige pathologische Probleme geworfen, andererseits aber zu einer Überschätzung der lokalen Behandlung, besonders in Fällen sexueller Neurasthenie geführt hat. In letzteren Fällen findet man zwar häufig die verschiedenartigsten Veränderungen der hinteren Harnröhre, die aber nicht Ursache, sondern Folge der Neurasthenie sind. Verff. unterscheiden demgemäß 2 Gruppen von Fällen: 1. Fälle sexueller Neurasthenie mit unbestimmten Symptomen, Gefühl von Brennen in den Testikeln, Hitze und Druck in der Urethra usw., die durch allgemeine oder lokale (die gleichzeitigen Urethralveränderungen gar nicht beeinflussende Maßnahmen) zu heilen sind; 2. Fälle mit häufigem schmerzhaften Urindrang, die in der Mehrzahl durch die lokale Behandlung der hinteren Harnröhre geheilt werden. *Kempf* (Braunschweig).

Männliche Geschlechtsorgane:

Saint-Pierre, J.-A.: La prostate et son hypertrophie. (Étude.) (Die Prostata und ihre Hypertrophie.) Union méd. du Canada Bd. 43, Nr. 5, S. 185—199. 1914.

Zusammenfassender Vortrag über die Anatomie und Physiologie der Prostata, sowie über die pathologische Anatomie der Prostatahypertrophie. Die sog. „Prostatahypertrophie" ist, wie die meisten nach dem Vorgang von Motz heute annehmen, ein Adenom der suburethralen Drüsen und hat mit der eigentlichen Prostata nichts zu tun. Die „Prostatektomie" ist gleichbedeutend mit der intraprostatischen Ausschälung dieses Adenoms. *W. Israel* (Berlin).

Keyes jr., E. L.: The mechanism of prostatic retention. (Der Mechanismus bei prostatischer Retention.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. 147, Nr. 5, S. 673 bis 680. 1914.

Das Problem der Retention bei Prostatahypertrophie ist ein mechanisches Problem. Der

Blasenhals, insbesondere die Hochdrängung seiner unteren Circumferenz ist das wichtige mechanische Hindernis. Die Beschaffenheit der Blasenmuskulatur spielt bei normalem Nervensystem für den Effekt der Prostatektomie keine wesentliche Rolle. *W. Israel* (Berlin).

Ferulano, G.: Contributo alla prostatectomia. (Beitrag zur Prostatektomie.) Giorn. internaz. d. scienze med. Jg. **36**, Nr. 9, S. 404—414. 1914.

Anschließend an einen von ihm neuerdings suprapubisch operierten Fall (150 g schwere Prostata) gibt Ferulano einen Überblick über die Wandlungen in der Technik der Prostatektomie seit den letzten 15 Jahren. F. glaubt, daß die suprapubische Prostatektomie die Operation der Zukunft sein wird auch in den Fällen, wo eine kleine, harte Prostata oder periprostatische Prosesse vorliegen. *Posner* (Jüterbog).

Paschkis, Rudolf: Vor- und Nachbehandlung bei Prostatektomie. (*Rothschild-spit., Wien.*) Wien. klin. Rundschau Jg. **28**, Nr. 18, S. 255—258. 1914.

Im ersten Stadium der Prostatahypertrophie kommt eine Operation nur sehr selten in Frage und zwar nur dann, wenn sehr häufiger, quälender, schmerzhafter Urindrang bei Tag und Nacht besteht und trotz konservativer Behandlung unverändert bleibt. Am häufigsten kommen die Kranken im zweiten Stadium, dem der chronisch-kompletten und inkompletten Retention, der Blaseninsuffizienz, zur Operation, jedoch wird auch nur dann die Operation empfohlen, wenn die Patienten auf dauernden Katheterismus angewiesen sind. Kranke im dritten Stadium der Hypertrophie mit Überdehnung der Blase und Ischuria paradoxa bedürfen erst einer wochenlangen Vorbereitung, bevor überhaupt ein operatives Vorgehen in Betracht gezogen werden kann. Vor jeder Prostatektomie ist eine sorgsame Untersuchung des ganzen Körpers (Arteriosklerose, Herzhypertrophie) vorzunehmen, von besonderer Bedeutung ist natürlich der Zustand der Blase und der Niere. Ist eine Infektion vorhanden, so wird bei Patienten im ersten oder zweiten Stadium zunächst ein Dauerkatheter eingelegt, der jeden 2. Tag gewechselt wird und die Blase täglich nach Bedarf gespült. Bei überdehnter Blase (im dritten Stadium) wird diese nach und nach entleert, indem anfangs nur einmal täglich, später zwei- bis dreimal täglich katheterisiert wird, jedoch niemals mehr als 200 ccm auf einmal entfernt werden, dann allmählich Steigerung, so daß in ungefähr 4 Wochen ohne Blutungsgefahr die Blase vollkommen entleert werden kann. Darauf Einlegen eines Dauerkatheters; im übrigen folgt die gleiche Behandlung wie bei Patienten im ersten und zweiten Stadium. Zwecks Funktionsprüfung der Nieren ist die Messung der 24stündigen Urinmenge, die Bestimmung des spezifischen Gewichts, des Stickstoffes, der Chloride in Pausen von einigen Tagen und die Indigocarminprobe vorzunehmen. Auch die Kryoskopie des Blutes ist von Bedeutung und sind solche Fälle, bei denen die übrigen Funktionsprüfungen und die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ungünstige Resultate liefern, von der Operation auszuscheiden. Die Größe der Prostata ist bezüglich der Indikationsstellung zur Operation ohne Belang. Als Anaestheticum zur Operation wird am meisten die Allgemeinnarkose empfohlen, nur bei bestehender Kontraindikation Braunsche Lokalanästhesie. Als Operationsmethode eignet sich am besten die transvesicale Methode vermittels eines medianen Längsschnittes; in besonders schwierigen Fällen und bei fettleibigen Männern wird ein suprasymphysärer Querschnitt mit Einkerbung der Musculi recti ausgeführt. Die Prostata wird mit einem Bohrer angebohrt und nach Umschneidung der Schleimhaut digital enucleiert. Durch einen vom Rectum aus ausgeübten Gegendruck wird dies sehr erleichtert. Nach Beendigung der Operation Spülung des Operationsfeldes mit ca. 2 Liter 52gradiger Kochsalzlösung, Anseilung des Blasenwundränder rechts und links durch je einen starken Seidenfaden, der alle Schichten faßt, aber nicht geknöpft wird. Verkleinerung der Blasenwunde durch Catgutnähte bis auf ein Loch zur Einführung eines daumendicken Drains mit rechtwinkligem Glasröhrenansatz. Einführeneines Jodoformgazestreifens in den prävesicalen Raum und zweier Streifen zur Stütze des Rohres. Fascien- und Hautnaht. Zum Schluß Auflegen eines Kompressionsverbandes, wobei große Tampons auf das Perineum einerseits, oberhalb der Wunde anderseits gelegt werden. Die Nachbehandlung besteht in Absaugen des Urins nach der Methode von Schlagintweit. Der erste Verbandwechsel erfolgt am 4. oder 5. Tage, wobei gleichzeitig auch die Blasenstreifen gekürzt werden, während der prävesicale bis zum 7. Tage liegen bleibt. Nach einer Woche wird das Drain durch ein dünneres ersetzt oder vollkommen entfernt und ein Dauerkatheter eingelegt, erst dann erfolgt die erste Blasenspülung. Bei Infektion der suprapubischen Wunde oder aber anderen Komplikationen (Epididymitis, Urethritis), wo ein Dauerkatheter nicht vertragen wird, empfiehlt Paschkis warm die Irvingsche Kapsel. Von konservativen Operationen kommt nur die Anlegung einer suprapubischen Fistel und in den Fällen, die sich nicht zur Operation eignen, ein Verweilkatheter in Frage. *Münnich* (Erfurt).

Perrier, Ch.: A propos de trois cas d'hypertrophie prostatique opérés par la méthode de Bottini. (Über drei nach Bottini operierte Fälle von Prostatahypertrophie.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **34**, Nr. 4, S. 265—267.1914.

Perrier hat in den drei Fällen, deren Krankengeschichte er kurz berichtet, einmal wegen

des Allgemeinzustandes und zweimal wegen bestehender Nierenschädigung die Freyersche Operation für zu eingreifend gehalten und die Bottinische Operation mit einer mittleren und zwei seitlichen Incisionen, in einem Falle wegen zunächst ungenügenden Erfolges wiederholt, ausgeführt. Er ist von ihrer Wirkung in allen drei Fällen befriedigt gewesen. Es blieben Resturine von 10 bis 25, von 50 bis 200 und von 50 bis 300 ccm. *Ellermann* (Danzig).

Neuber, C. E.: Über Prostatacarcinome. (Ergebnisse aus 30 Fällen.) (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 2, H. 5, S. 405—435. 1914.

Die Zahl der sicher festgestellten Prostatacarcinome hat durch verfeinerte Diagnostik, größere operative Eingriffe und genauere pathologisch-anatomische Untersuchung zugenommen, und beträgt ca. 1,42—2% aller Carcinome. 30 Fälle werden in Krankengeschichten mitgeteilt und danach klinisch und pathologisch-anatomisch genau besprochen. Alter von 49—88 Jahren, das 6. Dezennium liefert den höchsten Prozentsatz. Die Fälle haben zuweilen sehr lange Krankheitsdauer (15—20 Jahre), besonders wenn sie Knochenmetastasen machen. Die Allgemeinsymptome sind sehr uncharakteristisch, die lokalen ebensowenig eindeutig. Bei rectaler Palpation ist die Drüse häufig sehr schmerzhaft und sehr derb. Es kommen alle Formen und Größen der Tumorbildung vor. Die Übergänge auf Blase, Mastdarm und andere Beckenorgane werden besprochen. Einschmelzung des Tumors ist selten, Lymphdrüsenmetastasen häufig, besonders im kleinen Becken und retroperitoneal. Wichtig ist die Knochenmetastasierung, die in Form von Erweichung oder als osteoplastische Carcinose vorkommt. (3 Abbildungen.) Am häufigsten werden Wirbelsäule, Becken und Femur befallen. In diesen sind wiederum bestimmte Stellen besonders oft befallen, die genau bezeichnet werden. Bei allen verdächtigen Prostatatumoren sollte eine ausgiebige Röntgenuntersuchung einer ev. nutzlosen Operation vorausgehen. Auffallende Neuralgien, Ischias, Knochenschmerzen bei alten Männern sollen zu frühzeitigen Röntgenuntersuchungen Veranlassung geben und an Prostatacarcinom denken lassen. Anschließend wird die Frage dieser besonders typischen Metastasierung vom Standpunkt des Pathologen besprochen, und werden weitere Komplikationen, wie Spontanfrakturen, Metastasierungen in Leber, Lunge, Nieren, Pleura und Dura, sowie Durchbrüche in Blase und Rectum erwähnt. *Hoffmann* (Dresden).

Smith, Oliver C.: Bilateral sarcoma of undescended testes. (Doppelseitiges Sarkom der nicht herabgestiegenen Hoden.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 22, S. 839—840. 1914.

Trenkler, Rudolf: Über einen Fall vollkommener angeborener Penisspaltung (Doppelpenis). Wien. med. Wochenschr. Jg. **64**, Nr. 20, S. 1079—1082. 1914.

Obige Mißbildung wurde bei einem Bauernknecht, der sich zur Stellung meldete, festgestellt. Zwei anscheinend vollkommen ausgebildete Penisse treten aus der Schamgegend hervor; die beiden stark entwickelten, beinahe 2 cm langen Eicheln sind voneinander abstehend, abgewendet, wodurch der Eindruck eines Doppelpenis noch erhöht wird. Es handelt sich um eine embryonale vollkommene Spaltung des Penis und teilweise auch der Urethra, deren eigentliche Mündung an der Wurzel der Pars pendula liegt, während sich beiderseits auf der Innenseite der Schwellkörper eine flache Schleimhautrinne bis nahe zur Spitze der Glans fortsetzt. Verf. meint, daß die Mißbildung durch eine Operation leicht zu beseitigen wäre. *Stettiner.*

Loewe, Otto: Zur Therapie der Phimose. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 20, S. 1119—1120. 1914.

Bei den üblichen Operationsmethoden wird auf die Bildung eines normal geformten Präputiums verzichtet. Das Wesen der von Loewe in einer größeren Anzahl von Fällen mit Erfolg ausprobierten Methode besteht darin, lediglich das äußere Blatt der Vorhaut zu resezieren und durch Doppelung des inneren ein neues Präputium zu bilden, dessen genügende Weite durch einen ausgesparten Lappen des äußeren Blattes gesichert wird. Die Nahtlinie wird dabei nicht an die äußerste Peripherie, sondern rückwärts in eine Falte der Penishaut verlegt. *Stettiner* (Berlin).

Gaymard: Des adénites iliaques chancrelleuses et de leur traitement opératoire. (Operative Behandlung der iliacalen Drüsenentzündung bei weichem Schanker.) Thèse: Paris 1913, Nr. 258, S. 115.

Eine iliacale Adenitis im Verlaufe eines weichen Schankers ist eine so seltene Affektion,

daß ihr Vorkommen sogar von vielen klassischen Autoren geleugnet worden ist. Verf. hat 50 derartige Fälle unter Michon beobachtet, über die er das Wichtigste anführt. Die chirurgische Behandlung besteht in einer Exstirpation der inguinalen und iliacalen Drüsen tunlichst mit einem Einschnitt. *Fritz Loeb* (München).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Fraser, John, and H. H. Robarts: Congenital deficiency of the radius and a homologous condition in the leg. (Angeborener Radiusdefekt und ein ähnlicher Zustand am Bein.) Lancet Bd. 186, Nr. 23, S. 1606—1608. 1914.

Terra-Abrami, Giuseppe: Contributo allo studio degli aneurismi cirsoidi degli arti. (Beitrag zum Studium des Aneurysma cirsoides an den Gliedmaßen.) (*Clin. chirurg., univ., Pisa.*) Clin. chirurg. Jg. 22, Nr. 4, S. 644—690. 1914.

Das Aneurysma cirsoides repräsentiert eine durch Veränderungen von Arterien, Venen und Capillaren gebildete Geschwulst, am Kopfe ist es eine lokale Erkrankung und greift nicht auf die großen Blutgefäßstämme über, an den Gliedmaßen ist es jedoch mit einer Veränderung und Erweiterung der Stammarterien und Stammvenen, einer Vergrößerung des ganzen Gliedes und einer Vergrößerung des linken Herzens verbunden.

51 aus der Literatur gesammelten Fällen von Aneurysma cirsoides der Gliedmaßen fügt Verf. einen selbst beobachteten zu, in welchem die pulsierende Geschwulst an der volaren Seite des rechten Unterarms dicht über dem Handgelenk saß. Die Arterien des Armes waren erweitert und hart, die Venen dilatiert, das Herz vergrößert, eine Unterbindung der Arter. brachialis besserte nur die Herzbeschwerden, während die pulsierende Geschwulst unbeeinflußt blieb.

Als Ursache des Leidens werden kongenitale Veränderungen der Gefäßwände und Traumen (Aneurysma arterio-venosum) angegeben, nach anderen Autoren handelt es sich um ein Neoplasma. Innerhalb der Geschwulst sind die Venen, Arterien und Capillaren zu großen Hohlräumen erweitert, die Venen und Arterien kommunizieren miteinander, die Gefäßwände die Adventitia, Media und Intima sind verändert und haben ihre elastischen Fasern verloren. Der erhöhte Druck, der in den Capillaren herrscht, setzt sich an den Gliedmaßen auf die zuführenden Arterien und abführenden Venen fort, so daß auch diese erweitert und verändert sind. Endlich entsteht infolge der erhöhten Blutdruckspannung in den Capillaren des Aneurysmas eine Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels. Die Symptome bestehen, abgesehen von der pulsierenden Geschwulst in einem über derselben hörbaren Geräusch, in Vergrößerung des Volumens der Gliedmaßen und Schmerzen in denselben. Die Prognose des Aneurysma cirsoides der Gliedmaßen ist ernst, Heilung nur im Anfangsstadium möglich, meist kommen die Kranken aber zu spät zum Chirurgen. Einspritzungen koagulierender Substanzen nützen nichts, Exstirpationen sind nur ganz im Anfangsstadium möglich, Unterbindung der zuführenden Arterie bessert die Erscheinungen von seiten des Herzens, führt aber — wie auch in dem beobachteten Falle — zur ischämischen Contractur des Gliedes. In vorgeschrittenen Fällen ist das einzige helfende Mittel die Amputation des Gliedes. *Herhold* (Hannover).

Chir.Kong. **Jensen: Sehnensutur und Sehnentransplantation.**

Bericht über zahlreiche Experimente. Bevorzugung des Claudiusschen Chrom-Jodcatguts als Nahtmaterial. Es ist ein eigentliches Zusammenwachsen der Sehnenbündel nicht nachzuweisen. Der Heilungsprozeß verläuft sehr langsam, und wenn die Sutur reißt, besteht noch nach 2—3 Wochen die Gefahr der Sehnenruptur. Bei der Heilung spielt die größte Rolle das Peritenonium externum und internum. Wichtig sind frühe aktive und passive Bewegungen. Zur Verstärkung der Naht hat sich auch im Experiment die Fascientransplantation bewährt. *Katzenstein* (Berlin).

Dyas, Frederick G.: The treatment of acute osteomyelitis of the long bones by means of the dental engine and a large burr. (Die Behandlung der akuten Osteo-

myelitis der langen Röhrenknochen mittels Zahnbohrmaschine und eines breiten Bohrers.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 16, S. 1216—1217. 1914.

Frederick incidiert die Weichteile bis auf den Knochen, schiebt das Periost zur Seite, eröffnet die Markhöhle mittels eines Bohrers, vergrößert das Loch ebenfalls mit einem breiten Bohrer und entfernt mit diesem sofort alles infizierte, kranke Knochengewebe, wobei warme desinfizierende Lösung ständig über die rotierende Fräse läuft. Das Knochenmark wird sorgfältig entfernt, das Periost über die abgeflachte Knochenhöhle hinübergelegt und die Wunde mit Drainage geschlossen. F. glaubt, daß auf diese Weise ein Übertragen der Infektion auf den gesunden Knochen weniger leicht vorkommen wird, als wenn man mit Hammer und Meißel arbeitet. Wie der angeführte Fall, bei dem es sich um eine akute Osteomyelitis im oberen Ende der rechten Ulna handelt und der mit guter Beweglichkeit des Ellbogengelenkes in kurzer Zeit ausheilte, zeigt, sind die Resultate dieser Behandlung recht günstige. *Creite* (Göttingen).

Wolfsohn, Georg: Die biologische Diagnostik chirurgischer Tuberkulosen. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **18**, Nr. 3, S. 236—285. 1914.

Auf Grund von 264 Literaturnummern und nach eigenen Erfahrungen beschäftigt sich Verf. mit den biologischen Tuberkulosereaktionen, um ihren Wert für die praktische Chirurgie kritisch abzuwägen. — 1. Was die Serodiagnostik anlangt, so läßt zunächst die Agglutination weder diagnostische noch prognostische Schlüsse zu. Auch die Komplementbindung erwies sich nicht als spezifisch, soll aber nach Hammar doch eine diagnostische Bedeutung haben. Die Ausflockungsreaktion und Aktivierung der Kobrahämolyse kommen für chirurgische Tuberkulosen mit relativ geringem toxischen Eiweißzerfall wenig in Betracht. Dagegen ist diagnostisch zweifellos bedeutungsvoll, durch die großen technischen Schwierigkeiten aber für die Praxis sehr entwertet die Opsoninbestimmung nach Wright. Bisher nur von wissenschaftlichem Interesse für die Erkennung der Tuberkulose ist die passive Anaphylaxie und die Meiostagminreaktion. — 2. Unter den Tuberkulinproben ist die Subcutanreaktion mit Alttuberkulin nicht recht in die chirurgische Praxis eingedrungen. Trotz ihrer Spezifität und der sinnfälligen „Lokalsymptome" wie besonders bei Gelenk- und Nierentuberkulosen hat sie doch ihre Grenzen, Kontraindikationen und Nachteile. Die Gefahr verhängnisvoller „Herdreaktionen" fehlt fast ganz den sog. Überempfindlichkeitsreaktionen. Die v. Pirquetsche Cutanreaktion entscheidet durch ihre große Empfindlichkeit nicht, ob eine aktive oder latente Tuberkulose vorliegt (außer bei Kindern). Beim Erwachsenen spricht eine negative Reaktion sehr gegen chirurgische Tuberkulose. — Bei der Intracutanreaktion ist nach Engel ein negativer Ausfall bei Anwendung großer Dosen (bis etwa 10% Lösungen) stets ein Beweis für Fehlen von Tuberkulose. Der positive Ausfall ist wie die Cutanreaktion zu bewerten. — Die Conjunctivalprobe spricht bei positivem Ausfall mit Wahrscheinlichkeit für chirurgische Tuberkulose, eine negative Reaktion ist diagnostisch nur mit großer Reserve zu verwerten. — 3. Das Tierexperiment leistet Vorzügliches: Der Meerschweinchenversuch ist ein „ideales Anreicherungsverfahren für Tuberkelbacillen". Erkranken die Tiere, so war der Eiter, Urin usw. tuberkulös. Die Frage nach der zweckmäßigsten Art der Infektion und des Bacillennachweises ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Auch eine zuverlässige „Schnelldiagnose" im Tierexperiment wäre noch zu wünschen. *Kreuter* (Erlangen).

Tietze: Zur Theorie der sogenannten arthrogenen Contractur. Chir. Kong.

Die myogenen Contracturen führen zu ganz abnormen Stellungen der Knochen zueinander. Eine Erklärung für diese physiologisch nicht vorkommende Knochenstellung gibt Vortr. dahingehend: die Patienten suchen die Gelenkbewegungen zu vermeiden, schalten ihren Willen aus, und es kommt durch einen Reflexmechanismus, bei dem durch einen atavistischen Synergismus bestimmte Muskelgruppen, die physiologisch nicht zusammenarbeiten, miteinander tätig sind, zu diesen abnormen Stellungen.

Katzenstein (Berlin).

Barbosa, Nelson: Ein Fall von Arthritis syphilitica. (*Hosp. de Misericordiu, Rio de Janeiro.*) Brazil-Medico Jg. **28**, Nr. 18, S. 173. 1914 (portugiesisch).

Bei einem 13jährigen Mädchen mit Zeichen hereditärer Syphilis fand sich eine harte indolente Anschwellung des Handgelenkes, die nach und nach erweichte und Eiter entleerte. Röntgenbild und Arthrotomie ergaben eine Zerstörung des unteren Radiusendes. Arsenobenzolinjektionen und Quecksilberbehandlung führten zur Heilung. *Bergemann* (Berlin).

Oehlecker: Zur Klinik, Unfallbegutachtung und Behandlung tabischer Gelenkerkrankungen. Zeitschr. f. Versicherungsmed. Jg. **7**, H. 5, S. 147—149. 1914.

Tabische Arthropathien treten gewöhnlich im präataktischen Stadium auf. Auslösendes Moment ist die Gelenksanalgesie und der damit verbundene ordnungswidrige Gebrauch des Gelenkes. Die weiteren Folgen — destruktive und produktive Prozesse — gehen dann nur aus traumatisch-mechanischen Ursachen hervor. Beweis hierfür ist das Stillstehen des Prozesses, wenn das Gelenk durch Resektion ausgeschaltet ist. — Bei der Unfallbegutachtung werden tabische Arthropathien häufig verkannt und mißdeutet. Fast alle Spontanbrüche und Arthropathien bei Tabes werden als Unfälle anerkannt. — Die Behandlung ist in den meisten Fällen eine orthopädische. Resektionen geben bei richtiger Auswahl der Fälle gute Resultate. *Riedl* (Portorose b. Triest).

Obere Gliedmaßen:

Elsner, Hans: Über die traumatische Lähmung des Plexus brachialis. Dissertation: Berlin 1913. (Emil Ebering.) 38 S.

Unter sehr sorgfältiger Benützung der hier zum ersten Male in solcher Reichhaltigkeit zusammengestellten Literatur bespricht Verf. die Symptome und den Verlauf der traumatischen Plexuslähmung. Der Erbsche und der Klumpkesche Lähmungstypus werden genau abgegrenzt, die verschiedenen Entstehungsursachen in ihrer Bedeutung gewürdigt. Nach Besprechung der einzelnen Operationsmethoden und der damit erzielten Erfolge kommt Verf. zu dem Schluß, daß man bei der traumatischen Plexuslähmung zum operativen Vorgehen verpflichtet und von diesem in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle weitgehende Besserung zu erwarten berechtigt ist. *Spitzy* (Wien).

Kummant, Alexander: Ein Fall von syphilitischer spinaler Amyotrophie des Schultergürtels. (*Evang. Krankenh., Lodz.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **51**, H. 1/2, S. 106—115. 1914.

Mitteilung eines seltenen Falles von Amyotrophie des Schultergürtels auf dem Boden syphilitischer Infektion, die vor 20 Jahren akquiriert, seit 2 Jahren zum Muskelschwund geführt hatte. Daß derselbe nicht myogener Natur war, beweisen cerebrospinale Nebenerscheinungen (Kopfschmerz, Schwindel, Mastdarm- und Blasenstörungen) bei positivem Ausfall der Wassermannreaktion im Blut und Liquor. Kurze Besprechung der differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden Erkrankungen. *Linser* (Tübingen).

Chir.Kong. **Katzenstein: Demonstration zur Plexuspfropfung bei spinaler Kinderlähmung.**

Die Versuche der Herren Heineke und Erlacher können ein großes theoretisches Interesse für sich beanspruchen. Ihre praktische Bedeutung ist jedoch deswegen nicht so hoch zu bewerten, weil die Einpflanzung eines Nerven in einen gelähmten Muskel nur bei isolierter Muskellähmung in Frage kommt. Für isolierte Muskellähmungen jedoch stehen uns in der Sehnentransplantation und vor allem in der Muskelüberpflanzung ausgezeichnete Operationsmethoden zur Verfügung. Viel wesentlicher ist es, bei totaler oder subtotaler Lähmung einer Extremität, der wir bisher machtlos gegenüberstanden, neue Operationsverfahren zu finden. Für diese trostlosen Fälle hat Vortr. einen neuen Weg beschritten, nämlich die Pfropfung des Plexus einer solch gelähmten Extremität mit einem gesunden Nerven der anderen Seite. Die Voraussetzung dieser Operation war, daß von dem Plexus aus der eingepflanzte Nerv in die verschiedenen Nerven der Extremität einwächst. Die Richtigkeit dieser Voraussetzung hat sich bestätigt bei experimentellen Untersuchungen und in klinischen Erfahrungen. Bei einem Affen wurde durch Durchschneidung der vorderen Wurzeln am Halsmark

eine Lähmung des Arms, wie bei Kinderlähmung erzeugt, und dann von der gesunden Seite ein Nerv in den Plexus des gelähmten Arms verpflanzt. Bielschowsky, der mit dem Vortr. gemeinsam diese Untersuchungen gemacht hat, konnte massenhaft neue Nervenfasern bis in die feinsten Verzweigungen des Nervus ulnaris, radialis und medianus im gelähmten Arm nachweisen. Auch bei den verschiedenen Operierten konnte die Neubelebung der verschiedensten Nervenzweige des gepfropften Plexus nachgewiesen werden. Demnach trifft die Voraussetzung, unter der die Operation gemacht wurde, zu: Es wachsen vom Plexus einer gelähmten Extremität aus neue, überpflanzte Nervenfasern in die verschiedenen Nerven, die vom Plexus ausgehen, ein. An anatomischen Tafeln wird die Technik der Operation demonstriert. Bei Lähmung des Armes wurde einmal der N. supraclavicularis und zweimal der Ramus descendens hypoglossi der gesunden Seite hinter den Gefäßen zwischen Oesophagus und Wirbelsäule auf die kranke Seite gebracht und in den Plexus brachialis der gelähmten Seite eingenäht. Am gelähmten Bein wurde der N. obturatorius der gesunden Seite mit seinen sämtlichen Endverzweigungen durchgeschnitten, retroperitoneal auf die kranke Seite herübergebracht und hier in den Plexus lumbosacralis eingenäht.

Diskussion: **Spitzy**-Wien weist darauf hin, daß schon ein italienischer Autor eine ähnliche Operation gemacht hätte.

Katzenstein-Berlin: Herrn Spitzy schwebt wohl die Operation von **Maragliano** vor. Dieser hat bei einer totalen Beinlähmung eine Propfung des Nervus cruralis der gelähmten Seite durch einen Ast des Cruralis der gesunden Seite vorgenommen. Das Charakteristische der von Katzenstein angegebenen Operation ist die Benutzung eines Nerven in seiner Totalität zur Überleitung und vor allem dessen Einnähung in den jeweiligen Plexus. *Katzenstein* (Berlin).

Hacker, v.: Direkte Nerveneinpflanzung in den Muskel und muskuläre Neurotisation bei einem Falle von Cucullarislähmung. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 41, Nr. 21, S. 881—884. 1914.

Durch die Arbeiten Erlachers und Heineckes ist in letzter Zeit die Frage der muskulären Neurotisation und der direkten Nerveneinpflanzung in den gelähmten Muskel wieder in den Vordergrund des Interesses der orthopädischen Chirurgie getreten.

Verf. berichtet nun über einen Fall, bei dem er (Anfang 1907) — wohl als Erster — eine direkte Nerveneinpflanzung und, wie kurze Zeit vorher Gersuny, eine muskuläre Neurotisation ausführte. Nach einer Operation war infolge Verletzung des N. accessorius eine Lähmung des M. cucullaris eingetreten. Da eine Nervennaht technisch undurchführbar war, wurde der zentrale Accessoriusstumpf direkt in den Cucullaris implantiert, ferner von dem Levator scapulae ein Lappen abgespalten und mit dem angefrischten Cucullaris vereinigt. Bei einer späteren Operation wurde wieder ein Muskelstück, diesmal vom Deltoideus, in gleicher Weise angenäht. Das Resultat war ausgezeichnet; es konnte nicht nur der Arm jetzt bis zur Senkrechten gehoben werden, sondern es trat auch — aus mechanischen Gründen — eine Erholung des geschädigten Schultermuskels ein.

Obzwar damals die Ursache des Erfolges dieser Operationsmethode nur vermutet werden konnte, da auch eine periphere Nervenimplantation in einen Plexusnerven und eine Raffung der Scapularportion des Cucularis ausgeführt wurde, so kann man doch jetzt nach Erlachers sehr beweisenden experimentellen und histologischen Untersuchungen an der großen Bedeutung der muskulären Neurotisation und direkten Nerveneinpflanzung nicht zweifeln. Es ist das unbestrittene Recht v. Hackers, diese zukunftsreiche Operation erstmals und mit Erfolg ausgeführt zu haben.

Spitzy (Wien).

Sievers: Traumatische Arthritis acromialis. Chir.Kong.

Nach kurzen Angaben über die normal funktionelle Bedeutung des Akromioclaviculargelenks faßt er seine Beobachtungen an 15 klinisch und röntgenologisch genau untersuchten Fällen von traumatischer Erkrankung des Gelenks wie folgt zusammen: Vermöge seiner exponierten Lage und bedeutenden Inanspruchnahme bei allen Aktionen des Oberarms und der Schulter ist das Akromialgelenk Läsionen in hohem Maße ausgesetzt. Die Symptomatik der Verletzungsfolgen gestattet mit einiger Sicherheit die Abgrenzung von anderen Affektionen des Schultergelenks und seiner Umgebung, speziell des Spatium subdeltoideum (Periarthritis humeros capsularis). Neben örtlichen

Veränderungen (Erguß ins Gelenk und in den subcutanen Schleimbeutel, vermehrte Kapselspannung, Verdickung der Gelenkenden durch alte Fraktur oder Arthritis deformans, erhöhte oder herabgesetzte Fixation des Schlüsselbeinendes im Gelenk, fehlende Atrophie der Schulter- und Oberarmmuskulatur) bilden die Funktionsstörungen das wichtigste Erkennungsmittel: keine ausgesprochene Versteifung wie bei der Schultergelenkaffektion, keine isolierte Hemmung der Abduktion wie bei den Verletzungen im subdeltoiden Raum, sondern geringe Behinderung aller Bewegungstypen, verbunden mit Schmerz und Crepitation in nächster Nähe des Gelenks. Als ausschlaggebend sieht Vortr. allein die Störungen der selbständigen Bewegungen der Achsel an, da hierbei (neben dem nicht in Frage kommenden Sternalgelenk und der Schultergürtelmuskulatur) nur das Akromialgelenk mitwirkt, während Schultergelenk und subdeltoider Raum unbeteiligt bleiben. Die Diagnose wird durch eine eingehende Röntgenuntersuchung in älteren Fällen bestätigt, da sich ausgesprochene Arthritis deformans an die Läsionen anschließen kann. Ein bequemes diagnostisches und gelegentlich auch therapeutisches Hilfsmittel ist eine Novocaininjektion ins Gelenk oder den subdeltoiden Raum. Therapeutisch empfiehlt Vortr. auf Grund dreier Beobachtungen im Falle des Versagens aller übrigen Hilfsmittel, großer anhaltender Beschwerden die mit Sicherheit allein auf das Akromialgelenk zurückzuführen sind, die Gelenkresektion mit Einpflanzung eines Fettlappens. Gelegentlich dieser Operationen hat die pathologisch-anatomische Untersuchung auch histologisch Beschädigung der knorpeligen Enden des Gelenks festgestellt und dadurch die sichere Grundlage des Krankheitsbildes gegeben. *Katzenstein* (Berlin).

Brown, W. L., and C. P. Brown: Technic for arthroplasty of the shoulder-joint. (Technik der Gelenkplastik des Schultergelenkes.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 18, S. 1389—1392. 1914.

Durch Sförmigen vorderen Schnitt wird die Grenze zwischen Pectoralis und Deltoideus bloßgelegt, die beiden Muskeln stumpf separiert und die Pectoralissehne am Ansatz partiell durchtrennt. Aus dem kurzen Kopf des Biceps wird nun ein $4^1/_2$ Zoll langer $3^1/_2$ Zoll breiter Lappen mit Basis am Processus coracoideus umschnitten, der die halbe Dicke des schnigen Muskelansatzes umfaßt. Nach Dislokation der langen Bicepssehne wird das Gelenk eröffnet und die Adhäsionen gelöst. Am freien Rande des Lappens werden drei Catgutfäden angebracht, die mittels langer gekrümmter Nadeln durch das Gelenk geführt und nach Durchstechung der Weichteile über der Haut an der Außenseite des Gelenkes geknüpft werden. So wird der Lappen im entfalteten Zustand in das Gelenk interponiert und in der gewünschten Lage fixiert. Es folgt noch Naht der Gelenkkapsel und Wiederherstellung der Lage der Bicepssehne und des Pectoralis. Kurze Fixation des Gelenkes im Verband, dann passive Bewegungen. Bericht über einen mit Erfolg operierten Fall. *Ehrlich* (Mähr. Schönberg).

Young, James K.: Recurrent anterior dislocation of the shoulder. (Rezidivierende Luxation des Oberarms nach vorn.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 243—249. 1913.

Verf. hat in einem Fall, bei dem die Luxation immer wieder bei jeder seitlichen Erhebung des Oberarms auftrat, auf die Anregung von Allis hin die unteren Hälften der Sehnen des Pectoralis maj. und Latissimus dorsi dicht an ihrer Insertion eingekerbt, um diesen Teil der Muskeln zu verlängern und seine Zugwirkung aufzuheben bzw. zu verringern. Er hat die Operation zunächst mehrfach an der Leiche geübt. Sie soll leicht sein bei mageren Personen; schwierig sei es dagegen, bei sehr muskulösen Personen beide Muskeln von einem Schnitt aus zu durchtrennen. Bei seinen Übungen brachte er den Schnitt im Sulcus bicipitalis an. Bei der Operation selbst legte er den Schnitt zwischen Deltoides und Pectoralis maj. mit Verziehung der Vena cephalica nach außen. Nachher hat er den Deltoides und Pectoralis mit tiefen Catgutnähten vereinigt, den Arm dann auf einer Triangel für zwei Wochen abduziert gehalten. Die Operation hatte vollen Erfolg, der Mann hat seinen Beruf als Handwerker wieder voll aufnehmen können. *Wiemann* (Kiel).

Clairmont, P., und H. Ehrlich: Über Enderfolge der Muskelplastik aus dem Deltoideus bei habitueller Schulterluxation. Verhandl. d. Ges. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, 85. Vers., Wien, Sept. 1913. Tl. **2**, H. 2, S. 443 bis 444. 1914.

Ausgehend von dem Gedanken, daß sich bei habitueller Schulterluxation die Ausrenkung bei Heben des Armes einstellt, haben die Verf. dem Deltoideus die Haupt-

schuld zugeschoben. Sie haben darum auch in ihrer Operationsmethode einen hinteren Teil des Deltoideus abgespalten und ohne Gelenkeröffnung etwa wie einen Tragriemen unten um den Humerushals geführt und vorn in eine präformierte Lücke eingenäht. Die Resultate sollen nach 2 Jahren noch gute sein (von 4 Fällen 1 Rezidiv) und keiner besonderen Nachbehandlung bedürfen. *Weichert* (Breslau).

Mauclaire: Symptômes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. (Symptome, Diagnose und Behandlung der Brüche des unteren Humerusendes.) Rev. chirurg. belge et du nord de la France Jg. 14, Nr. 5, S. 65—74. 1914.

Mitteilung eines Falles von Fraktur des Epicondylus internus, wobei die Bruchlinie bis in das Ellenbogengelenk (Trochlea) hineinreichte. Hierauf eingehende Besprechung der Befunde der im Titel genannten Frakturen. Differentialdiagnostisch kommt die Luxatio cubiti posterior et lateralis, Verstauchung und isolierte Luxation von Elle und Speiche in Betracht. Die Frakturen teilt er ein in A) häufige, 1. supracondyläre, 2. Frakturen in T-, Y- oder V-Form, 3. innere Schrägfraktur, 4. äußere Schrägfraktur; B) seltene Brüche. 1. Condyläre Frakturen, 2. Trochleafrakturen, 3. epitrochleäre Frakturen, 4. epicondyläre Frakturen, 5. Comminativfrakturen, 6. Epiphysenlösung. Röntgenbild ist sehr wichtig. Die Prognose ist im allgemeinen günstig; als Komplikationen können allerdings Ankylosen, Nervenlähmungen, Osteome und Cubitus valgus, selten varus, eintreten. Supracondyläre Frakturen behandle man mittels Gipsverbandes 20 Tage lang, dann beginne man mit leichten Bewegungen. In den übrigen Fällen wird von vornherein leichte Massage empfohlen. Zu starke Massage erzeugt nachteilige Callushypertrophie, besonders bei Kindern. Ist der Callus hypertrophicus vorhanden, so nehme man eine Hemiresektion am Humerus vor. Eingebettete Nerven werden freigelegt. Bei vollständiger Epiphysenlösung genügt genaue Reposition. *Grune* (Pillau).

Privat-Garilhe: La radio-cinématographie des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras et de la main. (Radiokinematographie der Pronation und Supination des Vorderarms und der Hand.) Thèse de Lyon 1913. Nr. 107. 53 S.

Autor hat auf Veranlassung von Jaboulay die Röntgen-Kinematographie zum Studium der Pronations- und Supinationsbewegungen herangezogen. Als Hauptergebnis dieser Untersuchungen stellt er fest, daß die Ulna während der Pronation und Supination nicht unbeweglich bleibt. Die distalen Enden des Radius und der Ulna beschreiben im Verlaufe der Rotationsbewegungen des Vorderarms ganz ähnliche Figuren, die einem abgeplatteten Kreisbogen, einer Parabel gleichen. Bei gebeugtem Vorderarm vollführt die Ulna in der Höhe des Humeroulnar-Gelenkes im Laufe der Pronation anfänglich eine Streckbewegung, dann eine leichte seitliche Neigung und endlich eine Beugebewegung. *Amstad* (Basel).

Hertzberg, R.: Evil results of Colles' and Pott's fractures, and how to avoid them. (Schlechte Resultate bei Radius- und Malleolenfraktur und ihre Verhütung.) Americ. journ. of surg. Bd. 28, Nr. 5, S. 176—180. 1914.

Verf. bespricht die Pathologie und Therapie der typischen Radius- und Malleolenfraktur. Die typische Radiusfraktur überextendiert er zur Reposition sehr stark und fixiert dann in Flexion und Ulnarabduktion für 3—4 Wochen. Passive Bewegungen erst nach $2^1/_2$—3 Wochen. Bei Malleolarfraktur legt Verf. nicht sofort nach der Reposition den Gipsverband an, sondern bandagiert das Bein auf eine Schiene, nachdem vorher ein Heftpflasterverband nach Art des Heusnerschen angelegt ist, bis eine leichte Konsolidierung eingetreten ist. Dann Gipsverband. *Jüngling* (Tübingen).

Roederer, Carle: Un cas de malformation symétrique de la main accompagné d'un double hallux valgus. (Ein Fall von symmetrischer Mißbildung der Hände und doppelseitigem Hallux valgus.) Rev. d'orthop. Jg. 25, Nr. 3, S. 241—245. 1914.

Bei einem 18 Monate alten Kinde sind die Zeigefinger von ihrer normalen Lage abgewichen, besonders der rechte, der gegen seinen Metarcarpus subluxiert erscheint, so zwar, daß der Finger auf der Beugeseite den Mittel- und Ringfinger kreuzt. Die Untersuchung er-

gibt einen harten Knoten im Metarkarpophalangealgelenk, der sich wie ein Processus styloides der Radialseite der ersten Phalanx anfühlt. Die Röntgenuntersuchung zeigt einen dreieckigen Schaltknochen an der Radialseite der Basis der Grundphalanx. Roederer hält die Entfernung dieses Schaltknochens für erforderlich, um den Fingern eine normale Lage zu verschaffen. Außerdem ist bei dem Kind doppelseitiger Hallux valgus vorhanden; die Grundphalanx ist ganz weit nach der Medianseite des Fußes verschoben. Im Alter von $3^1/_2$ Jahren zeigte das Kind schwere rachitische Deformitäten. — R. hält aber trotzdem die beschriebenen Hand- und Fußmißbildungen für angeborene Wachstumsstörungen. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Silvestrini, Luigi: Su di un caso d'ipertrofia congenita parziale. (Über einen Fall von partiellem kongenitalem Riesenwuchs.) (*Clin. ortop., univ., Bologna.*) Clin. chirurg. Jg. 22, Nr. 4, S. 581—587. 1914.

Kasuistischer Beitrag, ein sonst ganz gesundes, hereditär nicht belastetes, 11jähriges Mädchen betreffend, an der die Eltern 8 Tage nach der Geburt ein übermäßiges Wachstum des rechten Daumens und Zeigefingers bemerkten, das langsam und schmerzlos vor sich ging. Die histologische Untersuchung der wegen Entstellung und funktioneller Behinderung exartikulierten Finger ergab lipomatöse Degeneration des subcutanen Fettgewebes, Osteoporose des Knochens und Proliferation im Bereich der Epiphysenlinien; keine Anhaltspunkte für Tumor oder Entzündung, so daß sich der Fall als wahre Hypertrophie (nach der Einteilung von Kirmisson und Lannelongue) erweist. Notizen über die Häufigkeit, die Symptomatik, die Ätiologie und die verschiedenen Hypothesen zur Erklärung dieser Art von Mißbildungen. Drei Tafeln mit vier guten Abbildungen. *v. Saar* (Innsbruck).

Untere Gliedmaßen:

Imbert, Léon: Les fractures du col du fémur. La fracture intracapsulaire existe-t-elle? (Schenkelhalsfrakturen. Gibt es einen intracapsulären Bruch?) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. 11, Nr. 10, S. 150—152. 1914.

Waegner, Karl: Die Frakturen der Femurdiaphyse. (*Med.-mech. Inst. d. Verbandes d. Montanindustr. Südrußlands.*) Dissertation: Charkoff 1914. 231 S. (Russisch.)

Im Laufe von 6 Jahren beobachtete Waegner in seinem Institut 863 Frakturen. Auf diese Zahl entfielen 651 Frakturen der Extremitäten, hiervon 117 Femurfrakturen, hiervon 93 geschlossene Diaphysenbrüche des Oberschenkels. Letztere bilden das Material der großen Monographie. Im ersten Teil wird auf 72 Seiten die anatomische Seite der Frage erörtert, wobei Verf. auf Grund von Literaturstudien und eigener Erfahrung zum Schluß kommt, daß die Quer- und Spiralfrakturen am häufigsten beobachtet werden und die primäre Fragmentdislokation durch den Mechanismus des Traumas bedingt ist. Im zweiten Teil ist der Heilungsprozeß ausführlich behandelt, aus welchem Kapitel die Beobachtung herauszuheben ist, daß eine röntgenologisch festgestellte interfragmentäre Diastase für eine Muskelinterposition spricht und in solchen Fällen stets die Möglichkeit einer Pseudoarthrose im Auge behalten werden muß. Im 3. und letzten Kapitel behandelt W. in erschöpfender Weise die Behandlung der Oberschenkelfrakturen. Zunächst wird die ambulatorische Behandlung dieser Frakturen mit dem Gehverband nach Wolkowitsch (Russki Chirurgitscheski Archiv 1902 Nr. 1) verworfen, dann auf Grund einer 11jährigen Anwendung der v. Brunsschen Schiene die Resultate mit dieser Behandlungsmethode als mittelmäßig bezeichnet. Auch die Methoden von Codivilla und Dollinger werden abgelehnt. Zu den Extensionsmethoden übergehend, denen W. allein eine Berechtigung zuspricht, bespricht er zunächst die Zuppingersche Schiene. Auf Grund eigener Erfahrung konstatiert Verf., daß die Korrektur der seitlichen Dislokation, besonders des dorsalen unteren Fragments mit Schwierigkeiten verknüpft war, sonst wird dieser Behandlungsmethode durchaus eine Berechtigung zugesprochen. Nach Besprechung der Schienen Henschens, Hennequins, Heusners und Vorschütz geht Verf. zur ausführlichen Besprechung des Bardenheuerschen Verfahrens über, dem er eine große Bedeutung zumißt. Am genauesten sind die Erfahrungen des mediko-mechanischen Instituts mit der Steinmannschen Nagelextension besprochen. W. verfügt über ein Material von 59 Fällen von Nagelextension. Eine Komplikation

wurde keinmal beobachtet. Weder kam es zu Eiterung noch zu Fistelbildung. Als unbedingter Anhänger der Steinmannschen Methode spricht sich Verf. für folgende Indikationen aus: 1. Alle Frakturen des Oberschenkels mit großer Dislokation. 2. Die Frakturen in der Nähe der Trochanteren. 3. Die alten und nicht richtig verheilten Frakturen. 4. Die operierten Frakturen mit großer Dislokation in der Längsachse. 5. Alle die Fälle, in welchen Veränderungen der Haut eine Pflasteranwendung kontraindiziert erscheinen lassen. Im allgemeinen ist W. mit der Steinmannschen Methode zufriedener als mit allen anderen Extensionsmethoden. Dem Hessingschen Apparat wird eine Bedeutung bei der Behandlung frischer Frakturen abgesprochen und ihm die nicht heilen wollenden alten Brüche zugewiesen. Falls die unblutigen Methoden nicht zum Ziele führen und bei Pseudoarthrosen ist ein operativer Eingriff geboten. Die Klammermethode und die Anwendung der Laneschen Platte verdient am meisten Beachtung. Aus dem Material des Instituts sind folgende Zahlen herauszuheben: Der Steinmannsche Nagel wurde 59 mal angewandt, hiervon 21 mal kombiniert mit dem blutigen Eingriff nach Waegner. Auf die Fälle, in welchen der Nagel angewendet worden war, kommen 6 Fälle nachfolgender operativer Eingriffe (2 Klammern, 2 Lane, 2 Bolzungen). Wenn wir weitere 7 Fälle hinzuzählen, welche mit der Bardenheuerschen Extension vorbehandelt worden waren und in welchen keine Konsolidation erzielt werden konnte und die gleichfalls blutig behandelt werden mußten, so haben wir auf das ganze Material im ganzen also 13 mal blutige Vereinigung der Fragmente, darauf entfällt 1 Todesfall im Schock 2 Stunden post operationem. Im allgemeinen steht die Behandlung der Frakturen im Charkower Institut unter der Devise Lucas-Championnières, welcher die Bewegung als die Hauptsache hinstellt, wobei das Bein in halbflektierte Lage zu bringen ist. Jedwede Immobilisation ist als schädlich zu verwerfen. Die Extension dauert 10 Wochen, zum Ende der 12. Woche verläßt der Kranke das Bett und geht weitere 4 Wochen auf Krücken. 81 Zeichnungen und Literaturverzeichnis von 95 Nummern. Den letzten Teil dieser Arbeit, die Nagelextension nach Steinmann, hat Waegner zum 43. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vorgetragen.

Hesse (St. Petersburg).

Waegner, K.: 70 Steinmannsche Nagelextensionen bei Oberschenkelbrüchen. Chir. Kong.

Bei Frakturen der langen Röhrenknochen dürfen nur diejenigen Behandlungsmethoden als modern angesehen werden, welche auf einer konsequenten Berücksichtigung der Gesetze der Muskelphysiologie und Muskelmechanik aufgebaut sind, da nach Zuppinger eine jede Diaphysenfraktur eine aus zwei Elementen bestehende pathologische Einheit vorstellt: dem gebrochenen und verschobenen Knochen und der Störung des physiologischen Gleichgewichts der Muskulatur. Die Ursache der stationären Dislokation der Fragmente liegt gerade in dieser letzteren. Um nun das gestörte Gleichgewicht wiederherzustellen, müssen wir sämtliche Muskeln an der Extremität vorher nach Möglichkeit entspannen: und das erreicht man durch Semiflexionsstellung. Der Rest der Gleichgewichtsstörung wird durch permanente Extension ausgeglichen. Eine ganz besondere Bedeutung gewinnen alle diese Dinge gerade bei Oberschenkelbrüchen, und hier ist es zweifellos die Steinmannsche Nagelextension, die leicht zum Ziele führt und mehr leistet als alle anderen Methoden, sowohl bezüglich der anatomischen als auch der funktionellen Heilung. Die Methode ist in den letzten zwei Jahren in Mißkredit geraten, und zwar dank einiger veröffentlichten Arbeiten, besonders aber der Körberschen Arbeit, wo unter 70 Nagelextensionen 27 Eiterungen angegeben werden. Im Anschluß hieran berichtet Vortr. gleichfalls über 70 Nagelextensionen bei Oberschenkelbrüchen, unter denen kein Fall von Infektion anderer Komplikation beobachtet wurde. Er legt die Röntgenbilder von seinen sämtlichen 70 Fällen vor.

Katzenstein (Berlin).

Bauer: Kniebügel bei Anwendung von Gehgipsverbänden in der Behandlung von Oberschenkel- und Schenkelhalsbrüchen. Chir. Kong.

Dieser Kniebügel verfolgt den Zweck, Oberschenkel- und Schenkelhalsbrüche in zweck-

entsprechenderer Weise als mit den bisher üblichen Methoden mit Gehgipsverbänden behandeln zu können. Dieser Bügel, der nach Art eines Kumtes die Kondylen des Femur umgreift, gestattet sehr kräftig an dem unteren Fragment zu ziehen und dieses selbst zu dirigieren (nach innen oder außen zu rotieren). *Katzenstein* (Berlin).

Blair, Vilray P.: The treatment of a case of birth fracture of the shaft of the femur. (Die Behandlung eines Falles von Geburtsbruch des Femurschaftes.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. **5**, S. 640. 1914.

Verf. hat ein Neugeborenes mit querem Diaphysenbruch des linken Femur mit einer aus galvanisiertem Stahlblech gearbeiteten Schiene behandelt, die den ganzen Rumpf seitlich und hinten muldenförmig umfaßte und das verletzte Glied in Hüfte und Knie in starker Beugestellung fixierte. Die Schiene wurde täglich nach dem Bade neu angelegt, wodurch in 4 Wochen eine feste Verheilung in ausgezeichneter Stellung erzielt wurde. Abbildung der Schiene. *Kempf* (Braunschweig).

Rochet: Fracture oblique diacondylienne du fémur. Ostéosynthèse. (Diacondyläre Schrägfraktur des Oberschenkels; Osteosynthese.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **22**, Nr. 3, S. 42—45. 1914.

Schwerer Fall auf das gebeugte Knie, Bruch oberhalb des Condylus von hinten-oben nach vorn-unten; oberes, spitzes Fragment dicht unter der Haut. — Nach 12 Tagen Extension keinerlei Veränderung, deshalb blutige Reposition. Schnitt auf der Außenseite; die Tuberositas tibiae wird abgemeißelt. Schwierige Entwicklung der Fragmente mit dem Elevatorium von Lambotte, mathematisch genaue Adaptierung mit der Zange desselben Autors, Fixierung mit 3 Schrauben und 2 zirkulären Drähten. Ideales funktionelles Resultat. *Magnus* (Marburg).

Hayem, L.: Les plaies du genou et leur traitement (plaies par armes de guerre exceptées). (Kniegelenksverletzungen und ihre Behandlung (Verletzungen durch Kriegswaffen ausgeschlossen.) (*Hôtel-Dieu, Marseille.*) Rev. de chirurg. Jg. **34**, Nr. 5, S. 607—622. 1914.

Bei den Knieverletzungen stehen die Feldchirurgen auf einem abwartenden Standpunkte im Gegensatz zu den klinischen Chirurgen. Verf. führt diese Ansichten auf die verschiedenen Bedingungen zurück, unter denen die Feldchirurgen arbeiten müssen. Nach H. und Tavels Erfahrungen ist jede penetrierende Kniegelenkswunde, mag sie nun groß oder klein sein, infiziert, auch die Schußwunden. Das lange Zuwarten hatte im Balkankriege eine Mortalität von 30—35% und eine Ankylosenbildung von 60% zur Folge. Bei jeder Knieverletzung muß festgestellt werden, ob das Gelenk eröffnet ist oder nicht. Hierbei ist nicht immer eine Erweiterung der Wunde nötig, ein einfaches Umkrempeln der Wundränder genügt häufig. Der Schmerz steht in keinem proportionalem Verhältnisse zu der Schwere der Verletzung, er kann daher leicht zu Fehlschlüssen führen. In zweifelhaften Fällen überzeuge man sich von der Intaktheit des Gelenks durch Erweiterung der Wunde. Verf. schaltet von seiner Betrachtung 2 Arten von Verletzungen aus: 1. einfache durchgehende, den Knochen nicht verletzende Gelenkschüsse; 2. Nadelstichverletzungen. Bei allen Kniegelenken mit kleinen Wunden gehe man nach erfolgter Röntgenaufnahme folgendermaßen vor: Athrotomie von mindestens 4 Schnitten, 2 zu beiden Seiten der Kniescheibe und nach oben, ferner 2 neben dem Lig. patellae proprium. Hierauf Drainage mittels starker gefeuchteter Drains. Wenn keine Eiterung entsteht, entferne man die Drains nach 10 Tagen. Heilung häufig nach 3 Wochen. Frühzeitige Bewegungsübungen. Die Behandlung der großen Kniegelenksverletzungen mit breiten Wunden entspricht genau der in Deutschland schon lange geübten Methode: Ausgiebige Arthrotomie, Drainage — eventuell auch posteriore —, Resektion von Gelenkflächen je nach dem Befunde. Kurze Mitteilung von 15 sehr gut geheilten Fällen. *Grune* (Pillau).

Robin: Malformation congénitale rare des genoux. (Seltene angeborene Mißbildung der Kniegelenke.) Rev. d'orthop. Jg. **25**, Nr. 3, S. 237—240. 1914.

Ein spontan geborenes Kind gesunder Eltern hatte bei ziemlicher Atrophie beider Beinchen am rechten Knie eine Luxation der Tibia nach vorn und außen mit starker Außenrotation, am linken Knie ebenfalls eine Luxation nach vorn und eine seitliche Subluxation ohne Rotation. An beiden Füßen bestand Varoequinusstellung. Die Luxationen ließen sich durch Zug leicht einrenken, reluxierten aber sofort wieder. Behandlung mit Apparaten, die die Einrenkung aufrecht erhielten. *Zieglwallner* (München).

Serra, A.: Beitrag zur Lehre der primären Muskelangiome. (*Istit. ortop. Rizzoli, Bologna.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **103**, H. 4, S. 1018—1030. 1914.

21jähriges Mädchen, das seit der frühesten Kindheit einen Tumor der rechten Kniegelenksgegend hatte. In der Kindheit hatte ein Trauma stattgefunden. Der Tumor hatte bis zum 14. Jahre keine wesentlichen Erscheinungen gemacht, dann verursachte er Schmerzen und Gehstörungen. Er war als spezifischer Kniegelenkserguß gedeutet und längere Zeit ohne Erfolg mit Jod-Injektionen behandelt worden. Es fand sich eine weiche, fast gasförmige Masse, die mit den Gefäßen in Verbindung stehen mußte, da sie sich sowohl bei Lagewechsel als auch bei Kompression der Schenkelgefäße veränderte. Bei der Operation fand sich unter der Fascia lata im Vastus ext. bis zur Synovialis des patellaren Recessus und auf der Innenseite bis zu dem Condylus reichend, die aus Fettgewebe und erweiterten Gefäßräumen bestehende Geschwulst. Da Totalexstirpation unmöglich war, wurde ein Teil exstirpiert und die zuführenden Gefäße unterbunden. Heilung per primam. Mikroskopisch handelte es sich um ein kavernöses Angiom, das nicht aus bereits vorhandenen Gefäßen, sondern aus Muskelgewebe, das in Rückbildung begriffen war, umgewandelt sein soll. Es handelt sich also um angioplastische Umdifferenzierung von Gewebe, das entwicklungsgeschichtlich aus demselben Blastem stammt. Auf dieselbe Weise wurde ein Teil des Muskelgewebes in Fettgewebe umgewandelt. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Deutschländer, Carl: Beitrag zur Verpflanzung ganzer Kniegelenke. (*Priv.-Klin. v. Dr. Deutschländer, Hamburg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **128**, H. 1/2, S. 183—199. 1914.

Bei einem 13jährigen Knaben, dessen Kniegelenk wegen spinaler Kinderlähmung operativ versteift worden war, hat Deutschländer, da die Beugemuskulatur erhalten war, den Versuch gemacht, durch totale Gelenktransplantation (Spender ein 4jähriger Knabe) das Kniegelenk zu mobilisieren. Das Transplantat umfaßte die Femur- und Tibiagelenkfläche in ca. $^3/_4$ und 1 cm Dicke ohne Epiphysenknorpel, den ganzen Gelenkbandapparat, Kniescheibe, Ansatz der Quadricepssehne, die ganze Gelenkkapsel mit Ausnahme der hinteren Wand. Die verschiedene Größe des entfernten und des implantierten Gelenkes wurde durch Verkleinerung der Femur- und Tibiagelenkenden ausgeglichen. Verlauf: Spätinfektion, Dislokation und Aufrollung der transplantierten Tibiagelenkfläche. Resultat: Wenig bewegliche (10°) Pseudoarthrose, starke Knochenwucherungen an den Rändern der Gelenkflächen, später völlige Ankylose. *Heller* (Leipzig).

Dreyer, Lothar: Neues Symptom bei der Patellafraktur, zugleich ein Beitrag zu ihrer Behandlung. (*Chirurg. Univ.-Klin., Breslau.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 22, S. 931—935. 1914.

Dreyer beobachtete bei einer mit einem Streckverband am Oberschenkel versehenen Patellarfraktur folgendes Phänomen: Es bestand bei wirkender Extension die Möglichkeit der aktiven Streckung des Knies, dagegen trat bei Ausschaltung des Zuges Aufhebung der Streckfähigkeit ein. D. schließt aus diesem Symptomenkomplex ein Erhaltensein des Reservestreckapparates, der jedoch bei unbelasteter Oberschenkelmuskulatur wegen einer Störung des Muskelgefühls nicht aktiviert werden kann. Er hält das Phänomen für ein weiteres Hilfsmittel ev. konservativ zu behandelnde Fälle zu erkennen. Als Fixationsverband wird auch für operierte Fälle die Oberschenkelextension empfohlen. *Kirschner* (Königsberg i. Pr.).

Meyer, Johann: Neuere Fortschritte in der Behandlung des Unterschenkelgeschwürs. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 7, S. 345—346 u. Nr. 9, S. 449 bis 450. 1914.

Übersichtsreferat.

Verf. bespricht zunächst die übliche Ekzemtherapie in ihren verschiedenen Etappen, die Behandlung der Geschwüre mit den üblichen Salben, Streupulvern usw., die Anwendung der Heißluftdusche, der Kromayerschen Quarzlampe bei schlechter Heilungstendenz. Im einzelnen erörtert sind die Indikationen für Kompressionsverbände, die Technik ihrer Ausführung je nach dem angewandten Material. Besprochen werden ferner die verschiedenen Operationsmethoden bei Varicenbildung. *Ströbel* (Marktredwitz).

Davis, Gwilym G.: The treatment of hollow foot (pes cavus). (Behandlung des Hohlfußes.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 231—242. 1913.

Verf. unterscheidet zwei Arten von Hohlfuß: den spastischen, nicht paralytischen und den paralytischen. Zu der ersteren Gruppe rechnet er alle die Fälle, bei denen keine Atrophie besteht und eine Lähmung direkt nicht nachweisbar ist. Er leugnet nicht, daß manche dieser Fälle doch als Folge einer, wenn auch nur ganz geringfügigen poliomyelitischen Lähmung einer Muskelgruppe anzusehen seien. Die Mehrzahl betrachtet er als entstanden durch schlechtes Schuhzeug, das als chronischer

Reiz wirkt und zu einer spastischen Contractur einer Muskelgruppe führen kann. In diesen Fällen kommt der Verf. fast stets mit Tenotomie und Redressement aus; schon wenige Tage nach dem Eingriff läßt er passendes Schuhzeug (Beschreibung) tragen und Gehübungen machen. — Nun wird die Pathologie des paralytischen Hohlfußes und die Mechanik der Gelenke der Fußwurzel besprochen. Bezüglich der Therapie warnt der Verf. vor der Vornahme von Operationen, ehe die konservativen Mittel erschöpft sind. Beim Pes excavatus equinus paral. gibt Verf. in leichten Fällen einen Schuh, der den Vorderfuß stützt; bei schwereren Fällen empfiehlt er, aus Seide künstliche Haltebänder zwischen Tibia und Fußwurzel anzulegen. Sehnen, die sich dem Redressement entgegenstemmen, werden tenotomiert. — Bei Pes excavatus calcaneus versucht Verf. Redressement nach Durchschneidung der Plantarfascie. Verkürzung der zu lang gewordenen Achillessehne ist wertlos, vorzuziehen ist Sehnentransplantation (Peronei, Tibialis post.). Da durch diese Sehnentransplantation eine Schwächung des Fußes bezüglich seitlicher Deviation erzielt wird, kombiniert Verf. diese Methode gerne mit der Arthrodese an den distalen Gelenkflächen des Talus („Subastragaloidgelenk"). Varus- und Valgusstellung werden durch Sehnentransplantation, nicht durch bloße Tenotomie korrigiert. Der kritischen Besprechung verschiedener Operationsmethoden (Forbes, Whitman, Robert Jones) fügt Verf. die Beschreibung einer eigenen Methode an:

Von 2 Incisionen unmittelbar unter den Knöcheln wird die ganze Fußwurzel horizontal durchmeißelt und nach ausgiebiger Ablösung der Weichteile der Fuß so stark wie möglich nach hinten verschoben. Aufgabe des Gipsverbandes ist es, den Fuß in dieser Stellung zu halten; dies mißlingt leicht; darauf führt Verf. mehrere anfängliche Mißerfolge zurück. Ist die Retention gelungen, so wirkt infolge der Verschiebung der Schwerlinie die spätere Belastung weiterhin korrigierend. Mehrere gute Erfolge. *Jüngling* (Tübingen).

Cooley, E. L.: Talipes or club-foot. (Hakenfuß oder Klumpfuß.) Med. fortnightly Bd. **14**, S. 97. 1914.

Young, James K.: The treatment of congenital club foot. (Behandlung des angeborenen Klumpfußes.) Med. council Bd. **19**, Nr. 6, S. 211—212. 1914.

Gobeaux: Talalgies et exostoses sous-calcanéennes. (Fersenschmerzen verursacht durch Exostosen des Calcaneus.) Ann. de la policlin. centr. Jg. **14**, Nr. 4, S. 161—165. 1914.

Die an der unteren Fläche des Calcaneus sich ausbildenden und erst seit der Röntgenära bekannten Exostosen verursachen häufig starke Fersenschmerzen, die meist beim Gehen auftreten. Die Ursache dieser Exostosen kann ein Trauma, Überanstrengung, mitunter blenorrhoische Periostitis sein. Ätiologisch mag auch die an der Stelle der Muskelinsertionen wirkende Muskelaktion eine gewisse Rolle spielen. Der therapeutische Eingriff kann in diesem Falle nur ausschließlich in der Entfernung der Exostose bestehen. *Béla Dollinger* (Budapest).

Casali, Raniro: Un caso lipoma subfasciale del piede determinante la sindrome del la nevralgia sciatica. (Fall von subfascialen Lipom des Fußes, welches die Zeichen einer Ischias darbot.) (*Osp. Maestri, Torrita.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr. 67, S. 705—706. 1914.

Szubinski: Eine einfache Pflasterbehandlung der Mittelfußknochenbrüche mit einigen Bemerkungen zur Statik des Fußes. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. Jg. **43**, H. 10, S. 378—390. 1914.

Der „Klammerverband" aus Heftpflasterstreifen umfaßt die Fußwurzel plantarwärts, indem er auf dem Fußrücken in Höhe der Tuberositas oss. metatars. V angeheftet, über den äußeren Fußrand hinweg senkrecht nach unten angespannt und, während die andere Hand distalwärts die Metatarsalia zusammendrückt und ihre dorsokonvexe Wölbung erhöht, rasch unter der Fußsohle herumgeführt und oberhalb des Os cuneiforme I auf dem Dorsum der andern Seite angeheftet wird. Die Behandlung erfordert keine Bettruhe, ihre Dauer wird auf 14—16 Tage herabgesetzt gegen 26—27 Tage bei der gewöhnlichen Methode. Die Wirkung beruht auf gesteigerter frontaler Wölbung des Vorderfußes, die Fußwurzelknochen und die Basen der Mittelfußknochen werden unter Entlastung der Bänder aneinandergehalten, die Schwerlast wird unter Ausschaltung der Metatarsalia II—IV auf die Köpfchen des V. und namentlich des I. Mittelfußknochens übertragen. *Groth* (Liegnitz).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 2 S. 81—112

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Kümmell, Hermann: Das neugestaltete Operationsgebäude des Eppendorfer Krankenhauses. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 1—10. 1914.

Lossen, W.: Über Vererbung familiärer Merkmale, speziell den Vererbungsmodus der Bluterkrankheit und Versuch seiner Erklärung. Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. Bd. 128, H. 3/4, S. 282—296. 1914.

In der Geschichte der Vererbungslehre sind die Namen Schopenhauer, Darwin, Mendel, Galton und Weismann zu nennen. Die Mendelschen Regeln, das Galtonsche Gesetz und die Weismannsche Lehre werden besprochen. — Beim Menschen lassen sich außer den Rassenmerkmalen auch Abnormitäten und charakteristische Familienmerkmale, weiterhin Geistesanlagen und Allgemeinbegabung, endlich auch Mißbildungen und krankhafte Anlagen oft als Erbstück vieler aufeinander folgender Generationen nachweisen. Zu den bekanntesten Beispielen aus der letzten Gruppe, in die die Hasenscharte, die Polydaktylie usw. gehören, zählt auch die Bluterkrankheit. Ihr Vererbungsmodus ist am genauesten bekannt. Der Behandlung des eigentlichen Themas wird eine Erläuterung des Wesens der Bluterkrankheit vorausgeschickt, über die Ursache der Gerinnungsstörung gesprochen, das klinische Bild der Hämophilie entworfen und die Behandlung der Krankheit angegeben. Die Bluterkrankheit zählt durchaus nicht zu den größten Seltenheiten. Literaturangaben und Stammbäume von Bluterfamilien. In einer der bekanntesten (Mampel) herrschte folgendes Vererbungsgesetz: „Die Anlage zu Blutungen wird nur durch Frauen übertragen, die selbst keine Bluter sind. Nur Männer sind Bluter, vererben aber, wenn sie Frauen aus blutgesunden Familien heiraten, die Bluteranlage nicht." Nahezu die Hälfte aller männlichen Familienmitglieder waren Bluter. An der Hand des Stammbaumes dieser und anderer Bluterfamilien wird die Gültigkeit der Mendelschen Regeln und des Galtonschen und des Weismannschen Gesetzes geprüft. Ferner wird ein Erklärungsversuch für den gynephoren Vererbungstypus der zuerst erwähnten Familie gegeben. Am Schluß wird die Meinung ausgesprochen, „daß durch Röntgenbestrahlung geringen Grades es vielleicht gelingen könnte", in den Bluterfamilien „den zweifellos dominanten Bluterkeim in einen rezessiven umzuwandeln, womit vielleicht eine gesunde Nachkommenschaft gewonnen werden könnte". Durch die gleiche Behandlungsart wird es auch vielleicht möglich werden, „Geisteskrankheiten und andere schädliche Merkmale aus den damit affizierten Familien" zu beseitigen, wenn nämlich die Vererber ausgeschaltet oder wenigstens ihre schädlichen dominanten Merkmale in rezessive verwandelt würden. *Genewein* (München).

Boise, Eugene: Shock. (Über den Schock.) New York med. journ. Bd. 99, Nr. 20, S. 983—987. 1914.

Besprechung der verschiedenen Schocktheorien und der Versuche des Verf. einer Begründung seiner Theorie, daß der Schock in einer Überreizung des gesamten Nervensystems seine Ursache hat. Dabei werden der niedrige Druck im Sympathicussystem und die anderen Zirkulationsstörungen durch Kontraktion der Arteriolen und durch die Hypertonie des Herzens hervorgerufen. Ob die Ursache in der Acapsie, in starken zuströmenden Reizen oder in beiden zu suchen ist, ist dabei unklar. Es gilt zur Behandlung den Herzspasmus zu lösen und die kleinen Arterien zu füllen. *Kulenkampff* (Zwickau).

Steiner, Michael: Zwei Fälle von Lipomatosis perimuscularis circumscripta (Curschmann). Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 22, S. 1124—1125. 1914.

Die Therapie ist gegen diese Lipomatosis machtlos, auch Excision der Fettgeschwülste fruchtet nichts; der Organismus wird rapide zum Siechtum geführt. *Colley.*

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Marmoiton: Etude clinique des abcès de fixation dans les pyrexies. (Über die Behandlung fieberhafter Erkrankungen durch Schaffung eines künstlichen Abscesses.) Thèse de Nancy 1913. Nr. 1006. 101 S.

Im Jahre 1891 publizierte Prof. Fochier in einer Arbeit „Therapie generalisierter Infektionen" eine neue Behandlungsmethode: er injizierte bei schweren Fällen, insbesondere von Puerperalsepsis Terpentinöl unter die Haut, um auf diese Weise einen Absceß hervorzurufen und so die Allgemeinerkrankung gleichsam auf den Ort der Wahl zu lokalisieren. Eine Reihe von französischen Ärzten hat die Methode nachgeprüft und damit ebenfalls frappante Erfolge erzielt. Der Heilerfolg beruht auf verschiedenen Faktoren: das Terpentin ruft eine allgemeine Leukocytose hervor und erhöht dadurch die phagocytären Schutzkräfte des Organismus; durch die chemotaktische Wirkung des Terpentins werden andererseits die mit Bakterien und Toxinen beladenen Leukocyten an den Injektionsort hin angezogen und auf diese Weise von den inneren Organen, Leber, Niere u. dgl., die durch die Bakteriengifte geschädigt werden könnten, ferngehalten. — Was die Injektionstechnik betrifft, so injiziert man ins subcutane Bindegewebe (nicht ins Fettgewebe) in der Gegend zwischen Spina iliaca und den falschen Rippen, an der Außenseite des Oberschenkels bei Erwachsenen 1 ccm Terpentin, bei Kindern genügt eine Dosis von $^1/_4$ ccm. Im Anschluß an die Injektion entwickelt sich unter mäßigen Schmerzen nach einigen Tagen ein Absceß, gleichzeitig sinkt bei günstig verlaufenden Fällen die Temperatur. Der Absceß wird etwa nach 1 Woche eröffnet und durchaus aseptisch behandelt. Wiederholt hat man im Eiter die spezifischen Krankheitserreger nachweisen können. Mit Erfolg wurden nach dieser Methode bis jetzt behandelt puerperale Septikämien, Staphylokokkensepsis, Erysipel, Pneumonien, Meningitis, spinale Kinderlähmung, Typhus. Diabetes und Nephritis sind eine absolute Kontraindikation dieser Methode. Aus der statistischen Zusammenstellung (21 eigne Fälle) geht hervor, daß insgesamt 230 Krankheitsfälle 151 mal (65,6%) mit Erfolg behandelt wurden. *Ströbel* (Marktredwitz).

Cramer, H.: Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynaekologischer Infektionen. (*Friedrich-Wilhelm-Stift., Bonn.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **39**, H. 6, S. 789—800. 1914.

Verf. hat bereits auf dem Gynäkologenkongreß in Straßburg 1909 auf die Bedeutung der lokalen Behandlung beim Puerperalfieber hingewiesen. Er hat bereits seit ca. 10 Jahren sehr günstige Erfahrungen mit dem gereinigten unverdünnten Terpentinöl gesammelt, das bei septischen puerperalen Prozessen zur Auswischung des sorglich von Abortresten mit Curette befreiten Uterus, zur Versorgung schmierig-diphtherischer Ulcera puerperalia gebraucht wurde. Die Vorteile dieser Behandlung sind: 1. Starke Desinfektionswirkung: stinkende jauchende Lochien hören auf zu riechen. 2. Diese Wirkung ist eine dauernde: es darf nicht gespült werden. 3. Terpentin macht keinen Ätzschorf und daher auch keine Sekretstauung. 4. Es bewirkt starke Leukocytose und Wundreaktion. — Bei den berichteten Erfolgen ist sich Verf. klar, daß nach Ausräumung des infizierten Abortes auch ohne Terpentinnachbehandlung des Uteruscavums soundsooft reaktionslose Heilung erfolgt, dem Eindruck einer ganz besonders günstigen Wirkung kann er sich aber doch nicht verschließen, besonders bei einem beispielsweise mitgeteilten Fall von Placenta praevia, der mit jauchender Tamponade hereinkam und durch wiederholte Terpentintamponade zu einem glücklichen Ende mit lebendem Kind geführt werden konnte. Auf Grund dieser glücklichen Erfahrungen in der Geburtshilfe ist die Terpentinvorbehandlung auch vor gynäkologischen Operationen (Carcinomen, Prolaps) zu empfehlen und vom Verf. erprobt. *Eugen Schultze* (Berlin).

Constantino, G.: Sopra un caso di settico-piemia streptococcica. (Contributo allo studio delle associazioni microbiche dello streptococco.) (Über einen Fall von Streptokokkensepticämie. Beitrag zum Studium der Streptokokkenmischinfektionen.) Ann. d. istit. Maragliano Bd. **7**, Nr. 4, S. 229—241. 1914.

Fall von schwerer Septikopyämie, der am 20. Krankheitstage letal endigte. Aus dem strömenden Blute des Patienten konnte nur Proteus vulgaris, aus dem durch Punktion gewonnenen Milzsaft, aus der Cerebrospinalflüssigkeit und aus dem eitrigen Inhalt von Hautpusteln dagegen Streptococcus pyogenes gezüchtet werden. Der Verf. glaubt, daß es sich um eine Mischinfektion gehandelt hat, und erklärt das Fehlen der Streptokokken im Blute damit, daß sich dieselben bereits in den Organen lokalisiert hatten. Die Malignität des Ver-

laufes soll nicht auf einer besonderen Virulenz der Streptokokken, sondern darauf beruht haben, daß der Proteus durch toxische Produkte die Körperzellen schädigte und damit den Streptokokken das Terrain der Entwicklung vorbereitete. *Doerr* (Wien).M

Behring, E. v., und Richard Hagemann: Über das Diphtherieschutzmittel „TA". 2. Über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel von Richard Hagemann. (*Chirurg. Klin., Univ. Marburg.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 20, S. 919—920. 1914.

Das Standardpräparat des v. Behringschen Diphtherieschutzmittels kann bei der Einstellung neuer Operationsnummern als Testobjekt dienen. Die vergleichende Prüfung wird am Menschen vorgenommen, und zwar am besten durch intracutane Impfungen an der Beugeseite der Unterarme. Die Stärke der intracutanen Reaktion gestattet einen relativen Rückschluß auf die Stärke des Präparats, nicht aber auf den Grad der Antitoxinbildung im Körper. Es wurden Kranke nach sehr lebhafter Intracutanreaktion beobachtet, besonders tuberkulöse, bei denen der Antitoxingehalt außerordentlich gering war. Das Diphtherieserum scheint die Bildung von Antitoxinen sehr zu begünstigen, wie aus entsprechenden Blutuntersuchungen hervorgeht. *Wolfsohn* (Berlin).

Kovács, Josef: Über Behandlung der Tuberkulose mit Rosenbachschem Tuberkulin. Therap. Monatsh. Jg. **28**, H. 6, S. 422—430. 1914.

Bericht über eigene Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach an 87 Fällen (59 Lungen-, 12 Knochengelenk-, 6 Drüsen-, 2 Hoden-, 5 Augen-, 1 doppelseitige Nieren-, 1 Nebennierentuberkulose, 1 tuberkulöse Peritonitis). Injiziert wurde bei den Lungentuberkulosen, Nieren-, Nebennieren-, Augentuberkulosen subcutan. Begonnen wurde in schweren Fällen mit 0,01 ccm, in leichteren mit 0,1 ccm, gestiegen wurde bis 1 ccm. Die Injektionen wurden anfänglich 2 mal wöchentlich, bei höheren Dosen 1 mal in der Woche wiederholt. Außer der Hautreaktion treten keine Injektionserscheinungen auf. Der Allgemeinzustand bei Lungentuberkulose wurde günstig beeinflußt. 10 Fälle zeigten deutliches Fortschreiten des Prozesses, so daß die Injektionen abgebrochen wurden. In 30 Fällen trat anfänglich eine gute Besserung ein, der später wieder eine Verschlechterung folgte. Dies wird bei dem relativ raschen Anstieg bis zu 1 ccm auf das Eintreten einer Tuberkulinunempfindlichkeit mit nachfolgender Überempfindlichkeit zurückgeführt. In dieser Annahme wurde dann nur bis 0,5 ccm gestiegen und dann mit gutem Erfolge auf ein anderes Tuberkulin übergegangen. Sehr günstig wurden auch die tuberkulösen Augenerkrankungen beeinflußt. Sehr heftige örtliche und allgemeine Erscheinungen traten nach den örtlichen Injektionen bei chirurgischer Tuberkulose auf, die 2—6 Tage andauerten. Die Reinjektionen wurden erst nach völligem Abklingen dieser Erscheinungen gemacht. Die Wirkung war hervorragend. In relativ kurzer Zeit Ausheilung selbst jahrelang bestehender, chirurgischer Tuberkulosen, zum Teil unter Zuhilfenahme kleiner, chirurgischer Eingriffe. Bemerkenswert ist, daß Lungentuberkulosen, die mit chirurgischen Tuberkulosen vergesellschaftet waren, durch die örtliche Injektion bei kleinen Dosen und vorsichtigem Steigen viel besser beeinflußt wurden als reine Lungentuberkulosen. *Wortmann* (Berlin).

Russo, Canio: L'azione battericida dell' etilidrocupreina e degli altri derivati dal chinino. (Die bactericide Wirkung des Äthylhydrocupreins und anderer Chininderivate.) (*Istit. di patol., univ., Berlino.*) Ann. d'ig. sperim. Bd. **23**, Nr. 4, S. 399 bis 420. 1913. M.

Friedmann, F. F.: Zur Kenntnis des Friedmannschen Mittels. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 18, S. 901—904. 1914.

Entgegnung auf die Ausführungen der Frau Rabinowitsch über das Friedmannsche Mittel (vgl. dieses Zentralblatt Bd. **10**, S. 466). Friedmann betont, daß die bakteriologische Reinheit aller Ampullenserien fortlaufend durch bakteriologische Prüfung kontrolliert wird. Die Impfabscesse haben mit der Reinheit bzw. Verunreinigung des Präparates nichts zu tun, sie fehlen bei progressiven Phthisikern sowie bei Neugeborenen infolge fehlender Antikörperbildung und treten bisweilen bei Tuberkulösen mittleren Grades, namentlich bei solchen, die

mit anderen Tuberkelbacillenpräparaten vorbehandelt sind, nur dann auf, wenn nicht rechtzeitig die vorgeschriebene intravenöse Zwischeninjektion vorgenommen wird. Die Behauptung der Frau Rabinowitsch, daß Mittel und Kultur nicht identisch sind, ist falsch; F. betont nochmals ausdrücklich, daß Mittel und Kultur vollständig identisch sind. Die Rabinowitsche Vermutung, daß die dem Schildkrötenkörper entstammenden Bacillen plötzlich aus unbekannter Ursache jemals virulent werden könnten, wird zurückgewiesen und als charakteristisch für die Kultur bezeichnet, daß, nachdem die Heil- und Schutzstoffe abgestoßen sind, die Bacillen selbst nach mehreren Monaten regelmäßig zugrunde gehen. Es handelt sich bei der Kultur nicht um schwach virulente, sondern um vollständig avirulente Bacillen. *Harms* (Mannheim).[M]

Wichmann, Paul: Das F. F. Friedmannsche Heil- und Schutzmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 22, S. 1038 bis 1040. 1914.

Das Friedmannsche Mittel ist ein Geheimmittel, solange der Erfinder nicht angibt, in welche Gruppe seine säurefesten Stäbchen gehören, und wie die angebliche Entgiftung und Heilstoffanreicherung bewirkt wird. Es ist auch nicht unschädlich, da es mehrfach mit mehr oder minder pathogenen Keimen verunreinigt befunden worden ist, und ferner kann das Mittel unter Umständen eine Schädigung des Körpers durch Aktivierung oder Propagierung der Tuberkulose hervorrufen, d. h. also durch die in ihm enthaltenen Tuberkelbacillen selbst ungünstig einwirken. — Nach der Injektion wurde nicht selten Schüttelfrost, Fieber bis 40,5° mit beträchtlicher Beeinflussung des Allgemeinbefindens verzeichnet. Eine Schutzwirkung des Mittels ist bisher nicht erwiesen. Den Fällen, bei denen eine Heilwirkung zu konstatieren war, stehen sehr viele gegenüber, bei denen es absolut versagt hat. Nach allem sind Mittel und Methode noch durchaus im Stadium des Versuchs. Mitteilung einzelner Krankengeschichten aus der Lupusheilstätte in Hamburg. *Posner* (Jüterbog).

Rabinowitsch, Lydia: Zur Kenntnis des Friedmannschen Mittels. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 18, S. 904—905. 1914.

Entgegnung auf obige Arbeit. Rabinowitsch hält das Friedmannsche Mittel nicht für völlig unschädlich unter Berufung auf eigene Tierversuche und die zahlreichen Veröffentlichungen über die Unsauberkeit des Präparates. Mittel und Kultur sind durchaus nicht identisch, diese Ansicht scheint nach R. auch Ehrlich zu vertreten, da Friedmann veranlaßt wurde, zu erklären, „daß die Prüfung in dem Ehrlichschen Institut sich nur auf die bakteriologische Seite und die Unschädlichkeit der Bacillen für Tiere erstreckt", also nicht auf das Mittel. Von welcher Schildkröte und unter welchen Bedingungen die Kultur gewonnen, hat Friedmann bisher nicht angegeben. *Harms.*[M]

Milani, Eugenio: Risultati definitivi ottenuti in alcuni casi di lupus con la radiumterapia. (Dauerresultate in einigen Fällen von Lupus mit der Radiumtherapie.) (*Istit. di elettroterap. e radiol. med., univ., Roma.*) Radiologia med. Bd. **1**, Nr. 5, S. 211—219. 1914.

Verf. weist auf die experimentellen Untersuchungen Ghilarduzzis über die Einwirkungen des Radiums auf Tuberkelbacillen hin und betont, daß lediglich die α-Strahlen auf die Bacillen selbst wirken. Da diese Strahlen jedoch schon durch die gewöhnliche Silberkapsel und außerdem durch die zwischen Kapsel und Hautschicht gelegene Luftschicht zum größten Teile absorbiert werden (über 90%), ist es nötig, die bakterientötende Wirkung durch Phototherapie antustreben, die unmittelbar nach der Radiumbestrahlung einsetzen soll. Die Radiumbestrahlung wirkt vor allem in der Tiefe und erzeugt die Reaktion der gesunden Umgebung in viel stärkerer Weise als die sonst verwendeten Methoden, so daß Rezidive auch bei tiefgreifenden Prozessen ausbleiben. Vor den chemischen und Ätzmethoden hat die Radiumtherapie außerdem den Vorteil, daß die erzielten Narben kosmetisch einwandsfrei sind. Für die Technik der Bstrahlung empfiehlt Verf. eine Felderung der erkrankten Fläche in einzelne Quadratzentimeter, die 20 Minuten lang mit 5 mg Radiumelement bestrahlt werden sollen. Anführung von 6 Fällen. *Strauß* (Nürnberg).

Geschwülste:

Warthin, Aldred Scott: Heredity with reference to carcinoma as shown by the study of the cases examined in the pathological laboratory of the university

of Michigan during 1895—1913. (Heredität bei Carcinom auf Grund der Fälle des pathologischen Laboratoriums der Universität von Michigan 1895—1913.) Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. 28, S. 235—247. 1913.

Verf. hat 3600 histologisch untersuchte Tumoren hinsichtlich Vererbung und Familiendisposition exakt statistisch verwertet und fand familiäre Disposition für Angiom, Lymphangiom, Fibrom, Neurofibrom, Lipom, Myom des Uterus, Adenom der Brust und Adenom der Schilddrüse; Disposition zu Sarkom wurde dagegen sehr selten beobachtet. Unter 1600 Fällen von Carcinom fand sich in einzelnen Familien, deren vollständige Stammbäume mitgeteilt werden, eine auffällige Empfänglichkeit für Carcinom, vergesellschaftet mit Disposition zu Tuberkulose und mit geringer Fruchtbarkeit. Die Häufigkeit des Carcinoms in einzelnen Generationen ist meist durch das Vorkommen von Carcinom in einer vorausgehenden Generation bedingt und umfangreicher, wenn väterliche und mütterliche Linie beteiligt sind. Die Disposition zeigt sich vor allem bei Carcinom des Mundes, der Lippen, der Brust, des Magens und des Uterus. Wenn das Carcinom bereits in einzelnen Generationen auftrat, erscheint es in der jüngsten vorzeitiger und schwerer. Weitere exakte Forschungen erscheinen nötig, um die Ursache dieser Empfänglichkeit und des Fehlens der normalen Resistenz gegen Carcinom festzustellen. *Strauß* (Nürnberg).

Verletzungen:

Marsiglia, Guglielmo: L'influenza degli estratti ipofisari sulla guarigione delle fratture. Nota sperimentale. (Der Einfluß der Hypophysenextrakte auf die Heilung der Knochenbrüche.) (*Istit. di patol. chirurg., univ., Napoli.*) Rif. med. Jg. 30, Nr. 19, S. 505—507. 1914.

Das Studium des Einflusses des Hypophysensekretes auf das Knochenwachstum bezog sich bisher 1. auf die Beziehungen desselben zur Hyperplasie (Gigantismus, Akromegalie) und Hypoplasie (Nanismus) des Knochensystems; 2. auf den Einfluß, den eine verminderte (Hypo- oder Apituitarismus) oder eine vermehrte (Hyperpituitarismus) Hypophysensekretion auf das Wachstum des Organismus ausübe. Ein Einfluß der Hypophyse auf die Knochenbildung ist sichergestellt, aber über die Art und Weise desselben sind die Untersuchungen zu verschiedenem Ergebnis gekommen. Die meiste Zustimmung findet heute die Theorie Tamburrinis, daß die übermäßige Entwicklung des Skelettsystems einer Hyperfunktion der Drüse entspricht, die vor der Pubertät zum Gigantismus, bei Abschluß des Epiphysenwachstums durch Beeinflussung der periostalen Knochenbildung zur Akromegalie führe; wohingegen bei fehlender Hypophysensekretion der sog. Nanismus pituitarius zu beobachten sei. Die zahlreichen Experimente über Hypo- und Hyperpituitarismus haben bis jetzt ebensowenig definitive Resultate ergeben; speziell bei Injektion von Hypophysenextrakten erhielten einige eine Verzögerung des Knochenwachstums, andere eine vermehrte, andere eine verminderte Kalkausscheidung. Autor machte es sich zur Aufgabe, zu untersuchen, ob die wirksamen Hypophysenbestandteile einen Einfluß auf die Frakturheilung und die Callusbildung nähmen. Er benutzte zu seinen Untersuchungen Meerschweinchen, und da diese die Einspritzungen nicht vertrugen, Hunde. Zur Einspritzung anhm er die ganze frische Kalbshypophyse, die er zu einem Brei verrieb, der soweit mit physiologischer Kochsalzlösung und Glycerin ($^2/_3 : {}^1/_3$) verdünnt wurde, daß jeder cm^3 1 dgr Drüse enthielt. Die Fraktur erzeugte er am Femur über einem runden Tischrand; das Glied blieb ohne Verband. Am selben Tag injizierte er intragluteal 1 cm^3 Emulsion; die Injektionen wurden in den folgenden Tagen wiederholt. Schon nach der 3., 4. Injektion zeigten die Tiere das Bild einer schweren Vergiftung: Abmagerung, Apathie, Kräfteverfall, Appetitlosigkeit, Gliederzittern, Diarrhöen usw., derart, daß ein Hund einging. Hinsichtlich der Heilungsdauer der Knochenbrüche konnte Autor eine Verzögerung der Callusbildung in Vergleich mit den Kontrolltieren feststellen; während letztere

in 25—30 Tagen wieder auf 4 Füßen gehen konnten, dauerte es bei den eingespritzten Hunden 40 Tage. Freilich muß man dabei den elenden Allgemeinzustand der Tiere in Betracht ziehen, auf den vielleicht diese Verzögerung bezogen werden könnte. Jedenfalls hatten die Injektionen im Gegensatz zu den heutigen Theorien keinen beschleunigenden Einfluß auf die Frakturheilung. *Streissler* (Graz).

Allen, H. R.: External bone plating. (Äußere Knochenschiene; ein vorläufiger Bericht.) Journ. of the Indiana State med. assoc. Bd. 7, Nr. 5, S. 206—208. 1914.

Allen beschreibt seine seit mehreren Jahren mit recht gutem Erfolg angewandte Methode zur Fixation der Fragmentenden an der Bruchstelle. Er bohrt durch beide Knochenstücke Metallnägel, die er außen durch ein mit zwei Stöpseln geschlossenes Rohr hindurchführt. Dieses zeigt eine ovale Öffnung an seiner Oberfläche, in die nach Redression der Fragmente eine auf dem Wasserbade flüssig gemachte Metallmasse hineingegossen und durch kaltes Wasser rasch zum Erstarren gebracht wird. Auf diese Weise werden die beiden Metallnägel gegeneinander fixiert. Beim Vorderarm kann man dann zwischen die beiden Metallspangen für Radius und Ulna auch eine dritte einschalten um ein Abweichen nach der Mitte zu verhindern. Ein Schienenverband mit Fenster vervollständigt das Ganze. Nach Heilung der Fraktur werden entweder die Drahtnägel abgekniffen und herausgezogen oder das Metall in der Kapsel wird zum Schmelzen gebracht. Vorderarm und Unterschenkel werden hauptsächlich das Anwendungsgebiet bilden. *Creite* (Göttingen).

Forgue et Jeanbrau: Pratique des accidents du travail; accidents dus à l'électricité. (Praxis der Arbeitsunfälle; Unfälle durch elektrischen Strom.) Montpellier méd. Jg. 57, Nr. 20, S. 457—466. 1914.

Die Einwirkung des elektrischen Stromes auf den tierischen Körper äußert sich je nach der Spannung und der Dauer der Kontaktes in einfacher Verbrennung bis zum Tode des Betroffenen, mit und ohne Verschorfung auch der tiefen Gewebe; und zwar erzeugen Ströme niederer Spannung bis zu 200 Volt fibrilläre Muskelzuckungen, und das Tier stirbt den Herztod durch Störung seines Rhythmus; bei hoher Spannung 1200—4800 Volt tritt Atemlähmung ein, und kann das Individuum durch künstliche Atmung am Leben erhalten werden, da das Herz ruhig weiter schlägt. Ströme mittlerer Spannung 380—500 Volt zeigen die kombinierte Wirkung der hohen und niederen Spannung. Daraus ergeben sich schon von selbst die zur Behandlung Elektrisierter notwendigen Maßnahmen, die denen bei Ertrunkenen ähnlich sind, also künstliche Atmung, Herzmassage, Aderlaß, um ev. Gasblasen, die im Gewebe beim Durchtritt des elektrischen Stromes entstanden und ins Blut übergetreten sind, zu entfernen, Lumbalpunktion; in verzweifelten Fällen kann man den Patienten auch an die Stromleitung, die den Unfall verschuldete, wieder anschließen, die positive Elektrode aufs Herz, die negative ins Rectum. 2. Augenunfälle durch elektrischen Strom: Bei der autogenen Schweißung der Metalle entsteht ein Voltascher Bogen, der dieselben chemischen und Lichtwirkungen auf die Augen hat, wie man sie beim Gletscherbrand beobachtet. Prognose ist gut; Prophylaxe gelbe Brille. Beim Kurzschluß, der mit starker Lichtentwicklung einhergeht, treten ähnliche Augenerscheinungen auf, die schwererer Natur sind, meist mit Beteiligung der tiefen Schichten, als Iridozyklitis, Pseudochorioretinitis usw. und allgemein nervöse Symptome. Prognose auch hier gut. *Rupp* (Chemnitz).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Traugott, Marcel: Sakral- und Lokalanästhesie bei Laparotomien. (*Städt. Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 21, S. 1164 bis 1167. 1914.

Verf. berichtet über seine Erfolge bei der Anwendung der Sakral- und Lokalanästhesie bei gynäkologischen Operationen aus der Frauenklinik in Franfkurt a. M. Die Vorbereitung zur Sarkalanästhesie ist folgende:

Am Abend vor der Operation 0,5 g Veronal per os. $1^1/_2$ Stunden vor der Operation 0,00024 bis 0,00032 Scopolamin zusammen mit 0,028—0,032 Pantopon. $^3/_4$ Stunden vor Beginn der Operation 0,02 Pantopon. Bei Unruhe der Patientin später ev. nochmals 0,01 Pantopon. Die Novocaindosis beträgt durchschnittlich 0,5—0,75 g Novocain in 1—1,3 proz. Lösung. Außer bei gynäkologischen Operationen wurde die Sakralanästhesie auch bei Operationen am Dünndarm,

Appendix, Kolon, Rectum und Niere angewandt. Natürlich eigneten sich nicht alle Frauen zu dieser Anästhesie.

In 42,3% der Fälle war die Anästhesie befriedigend, in 32,2% mußte Inhalationsnarkose hinzugefügt werden, in 25,4% versagte die Anästhesie. Die schlechten Resultate wurden bei Operationen wegen entzündlicher Adnextumoren erzielt, die besten bei Sectio caesarea, Totalexstirpation, Hysterotomia anterior abdominalis und Tubensterilisation. *Hirschel* (Heidelberg).

Blum, Otto: Über Lokalanästhesie bei urologischen Operationen und Untersuchungen. (*Chirurg. Priv.-Klin. v. Prof. Voelcker, Heidelberg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 2, H. 5, S. 468—496. 1914.

Zunächst werden die Schädigungen aufgeführt, die die allgemeine Narkose verursachen kann, insbesondere bei Nierenerkrankungen. Die suprapubische Prostatektomie kann in Lokalanästhesie gut ausgeführt werden. Die eigentliche Enucleation der Prostata wird im Chloräthylrausch gemacht. Die Wilmssche perineale Prostatektomie kann mit örtlicher Betäubung nach Franke-Posner vorgenommen werden. Für die Nierenoperation ist die paravertebrale Leitungsanästhesie nach der Kappisschen Methode zu empfehlen. Für Eingriffe an Blase und Prostata kann die parasakrale Anästhesie in Frage kommen. Die Epiduralanästhesie ist für die Prostatektomie nicht zu empfehlen, kann aber bei Operationen an der Harnröhre gute Dienste tun. (Literatur.) *Oehlecker* (Hamburg).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Kubinyi, Paul v.: Verfahren zur Kontrolle der Tupfer bei Laparotomien. (*Krankenh. d. Poliklin., Budapest.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 38, Nr. 23, S. 840 bis 844. 1914.

Verf. benutzt mit Löchern versehene Metallscheiben, in denen die bei der Operation zur Verwendung kommenden Instrumente aufbewahrt werden, so daß das Fehlen eines Instrumentes bei Beendigung der Operation sofort zu sehen ist. In gleicher Weise werden die Abstopfungskompressen, die an $1^1/_2$ m langen Fäden befestigt sind, die über dem Ringe miteinander verknotet werden, aufbewahrt. Der lange Faden gestattet das freie Hantieren, die Verknotung über dem Ringe macht das Verschwinden einer Kompresse unmöglich. *Wortmann* (Berlin).

Dollinger, Julius: Suspension und Stützpunkte künstlicher Glieder. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 128, H. 5/6, S. 574—594. 1914.

Die bisher gebräuchlichen künstlichen Glieder hält Dollinger aus 2 Gründen noch nicht für vollkommen. Bei den Prothesen für die obere Extremität wird nicht genügend Rücksicht auf sichere und bequeme Suspension genommen, bei den für die untere Extremität noch nicht genügend auf verläßliche und bequeme Befestigung. D. gibt dann an der Hand zahlreicher Abbildungen eine genaue Beschreibung der von ihm verwendeten Prothesen und schildert die Technik ihrer Anfertigung. Der größte Wert ist auf ein gutes Gipsmodell zu legen, bei dem alle vorspringenden Knochen gut herausmodelliert sein müssen. Die Lederhülsen werden durch genau dem Modell angepaßte dünne Stahlplatten in ihrer Form erhalten. Die Prothese für Unterschenkelamputierte stützt sich auf Tibiaknorren und Fibulaköpfchen, sowie den Stumpf und hängt an den beiden Knieknorren, die sie fest umgreift. Bei Oberschenkelamputierten hängt die Prothese an einem Beckengurt und als Stützpunkt dient das Tuber ischii. Die Prothese für die künstliche Hand muß so gearbeitet sein, daß die Unterarmmanschette ihren Stützpunkt an den distalen Epiphysen der Vorderarmknochen findet, die für den Unterarm wird mit einer Oberarmmanschette an den Epikondylen des Humerus aufgehängt. Für Oberarmamputiere ist es D. noch nicht gelungen, wirklich brauchbare und gut sitzende Prothesen zu konstruieren. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Radiologie:

Gocht, H.: Die Gründung des chirurgischen Röntgeninstitutes am Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Hamburg-Eppendorfer Krankenh.), S. 776—783. 1914.

Hirtz, E.-J.: Méthode radiographique et appareil simple pour la localisation précise et la recherche des corps étrangers. (Über eine neue radiographische Lokalisationsmethode von Fremdkörpern mit Hilfe eines einfachen Apparats.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 40, Nr. 12, S. 373—379. 1914.

Die Methode, die hier nicht ausführlich wiedergegeben werden kann, beruht darauf, daß

nach Applikation von drei Bleimarken in der Umgebung des Fremdkörpers auf derselben Platte zunächst eine vertikale Aufnahme, hierauf nach seitlicher Verschiebung der Röhre eine zweite Aufnahme gemacht wird; sämtliche Marken, auch der Fremdkörper, ist doppelt auf der Platte. Mit Hilfe eines besonderen Zirkelapparats (Abb.) wird die Tiefe usw. lokalisiert. In mehreren schwierigen Fällen hat sich der Apparat gut bewährt. *Ströbel* (Marktredwitz).

Freund, Leopold: Experimental investigation with radio-lymph. (Experimentelle Untersuchungen mit Radiolymphe.) Arch. of the Roentgen ray Bd. **18**, Nr. 12, S. 438—441. 1914.

Radiolymphe, aus in vivo bestrahltem Gewebe gewonnen, verursacht eine bedeutend stärkere und typische Reaktion bei subcutaner Injektion wie Lymphe, die in gleicher Weise aus unbestrahltem Gewebe gewonnen wird. Der Autor glaubt, daß die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Gewebe nicht einfach eine chemische ist, daß auch eine direkte Wirkung auf die vitale Aktivität der Zellen in Betracht gezogen werden muß.

Groedel (Frankfurt a. M.).[M]

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Jiano, Jean: Traitement chirurgical des naevi pigmentaires pileux de la face. (Die chirurgische Behandlung der Naevi pigmentosi pilosi des Gesichts.) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. **1**, Nr. 4/6, S. 249—257. 1914.

Die Affektion bildet selten Grund zu chirurgischen Eingriffen: entweder sind sie klein (Schönheitsfehler) oder zu ausgedehnt, als daß eine Operation möglich erscheint. Behandlung mit Kohlensäureschnee, Strahlenbehandlung, geben gute Resultate auch in kosmetischer Beziehung. Nachteil der Behandlung: lange Dauer. Thermokauterisation und Galvanokaustik geben entstellende Narben. Die güustigen Transplantationsverhältnisse im Gesicht mittels Hautlappen aus der Umgebung haben Verf. veranlaßt, zwei Fälle mit ausgedehnten Naevis zu operieren. Mitteilung der angewandten Technik. Heilung mit gutem befriedigendem kosmetischem Erfolg. *Colin* (München).

Delsaux, V.: A propos de quelques cas de traumatismes cranio-auriculaires. (Beitrag zu den Verletzungen des Schädels und Ohrs.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **14**, Nr. 1/2, S. 25—31. 1914.

Auf Grund einer Serie von leichten und schweren Schädelverletzungen betont Verf., daß manche chirurgisch leicht erscheinende Verletzung durch Labyrinthstörungen für die Arbeitsfähigkeit nachteilige Folgen haben könne. Schwere Verletzungen des Hirns würden durch Drainage des abfließenden Liquors und Dekompression günstig beeinflußt. Zur Stellung einer präzisen Prognose seien die modernen Proben, die Prüfung des statischen Gleichgewichts und des kalorischen Nystagmus von Wichtigkeit. *Frank* (Köln).

Hirnhäute, Gehirn:

Mingazzini, G., e R. Alessandri: Sulle indicazioni per l'estrazione tardiva dei proiettili dall' interno del cranio. (Über die Indikationen für die spätere Entfernung von Projektilen aus der Schädelhöhle.) Policlinico, sez. chirurg. Jg. **21**, Nr. 5, S. 205 bis 214. 1914.

20jähriger Mann schießt sich mit dem Revolver in die rechte Schläfengegend; Heilung nach 8 Tagen mit Lähmung des rechten oberen Augenlides und rechtsseitiger Erblindung, Entlassung aus dem Krankenhaus mit dem Projektil im Schädel. Wiederaufnahme nach 6 Wochen wegen heftiger Kopfschmerzen, nach dem Röntgenbilde saß das Projektil eingekeilt in der Lamina cribrosa des Siebbeins, Herausnahme des Geschosses nach osteoplastischer Knochenbildung unter Emporheben des Stirnhirns, Heilung.

Verf. führt die verschiedenen, für und wider die Herausnahme von Projektilen aus der Schädelhöhle geäußerten Ansichten der Autoren an. Nach seiner Ansicht muß das Projektil entfernt werden, wenn es heftige Beschwerden macht, wenn sein Sitz durch Röntgenstrahlen genau bestimmbar ist, und wenn es ohne Verletzung der Gehirnmasse entfernt werden kann. *Herhold* (Hannover).

Kreiß, Ph.: Tetanoide Symptome bei Schwangeren und Wöchnerinnen. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **76**, H. 1, S. 1—7. 1914.

Während der Menstruation befinden sich fast alle endokrinen Drüsen im Zu-

stande erhöhter Tätigkeit. Dem Körper ist es oft nicht möglich, die Kraft zu diesem erhöhten Stoffwechsel aufzubringen; die Folgen sind dann Insuffizienzerscheinungen. So tritt bei ungenügender Funktion der Glandulae parathyreoideae Tetanie auf, für deren Auftreten der Kalkmangel des Organismus Voraussetzung ist. Hohe Gaben von Calcium chloratum können einen eklatanten Erfolg bringen. Bei der latenten Tetanie (tetanoider Zustand) wird besonders das Chvosteksche Facialisphänomen und die gesteigerte galvanische Erregbarkeit des Nervus facialis beobachtet, über die Kreiß Untersuchungen vorgenommen hat. Unter Chvostek I versteht K. eine Zuckung im ganzen Facialisgebiet, unter Chvostek II eine Zuckung um Mundwinkel und Nasenflügel und unter Chvostek III eine Zuckung um den Mundwinkel. So konnte er bei 75 Wöchnerinnen Chvostek I 3 mal = 4%, Chvostek II 13 mal = 17,3%, Chvostek III 29 mal = 38,6% beobachten. 38 mal = in 40 Fällen war das Phänomen nicht auszulösen. Gegen Ende der Schwangerschaft ergab sich immerhin eine beträchtliche Steigerung der galvanischen Erregbarkeit, die ihren Höhenpunkt unter der Geburt erreichte, um wieder im Wochenbett abzufallen. K. steht auf dem Standpunkt, daß das positive Chvosteksche Phänomen bei Schwangeren und Wöchnerinnen eine latente Tetanie bzw. einen Hypoparathyreoidismus anzeigt. *Kolb* (Heidelberg).

Bikeles, G., und L. Zbyszewski: Über ein Verhalten des Orbicularis oculi nach Großhirnreizung. (*Physiol. Inst., Univ. Lemberg.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. **27**, Nr. 24, S. 1265—1266. 1914.

In 18 unter 21 Fällen reagierte auf Reizung des Rindenzentrums nur der kontralaterale, in 2 Fällen auch der gleichseitige Orbicularis oculi. Nach Aufhören längerdauernder Reizungen waren in 7 Fällen als Nachwirkung Zuckungen des kontralateralen, in 3 Fällen auch des gleichseitigen Orbicularis oculi zu erhalten. Bei letzteren 3 Fällen hatte während der Reizung nur der kontralaterale Muskel reagiert. Dies spricht nach Ansicht der Verff. gegen die Annahme einer doppelseitigen Vertretung des Orbicularis oculi in der Rinde, und sie meinen, daß die gewöhnlich und gleichzeitig erfolgende Aktion beider Zentren Ursache der Mitzuckung auch des nichtgereizten (gleichseitigen) Muskels sei. *Bielschowsky* (Marburg).°

Bikeles, G.: Zur Erklärung eines Phänomens am Orbicularis oculi. Zentralbl. f. Physiol. Bd. **27**, Nr. 24, S. 1266—1267. 1914.

Verf. erklärt die Tatsache, daß bei nahezu geheilter Facialislähmung der alleinige Lidschluß auf der kranken Seite noch unmöglich ist, während der beiderseitige gelingt, damit, daß einseitiger Lidschluß größere Innervationsenergie verlangt, wobei sich die Schwäche des noch etwas paretischen Muskels geltend macht. *Bielschowsky.*°

Boggs, Thomas R.: Multiple congenital osteochondromas with degeneration of cranial nerves and muscular dystrophy. Report of a case. (Multiple kongenitale Osteochondrome mit Degeneration der Gehirnnerven und muskulärer Dystrophie.) **Transact.** of the assoc. of Americ. physic. Bd. **28**, S. 248—253. 1913.

Ausführliche Beschreibung eines Falles multipler angeborener Osteochondrome der Becken und Extremitätenknochen bei einem 23jährigen Manne, der außerdem infolge Degeneration der Gehörnerven völlig taub war und ziemlich hochgradige Opticusatrophie zeigte. Die Schädelknochen zeigten keine Chondrome. Weiterhin fand sich Atrophie der Schilddrüse und Atrophie der Extremitätenmuskulatur, deren elektrische Erregbarkeit herabgesetzt war. 16 gute Abbildungen unterstützen die Schilderung des eigenartigen Falles. *Strauß* (Nürnberg).

Pussep, L.: Die operative Entfernung einer Cyste der Glandula pinealis. (*Klin. v. Prof. W. v. Bechterew, St. Petersburg.*) Neurol. Zentralbl. Jg. **33**, Nr. 9, S. 560 bis 563. 1914.

Unter allmählichem Fortschreiten entwickelten sich bei dem 10jähr. Patienten Drucksymptome auf die Vierhügel, Augenmuskelstörungen und Zeichen einer Störung des Kleinhirns sowie der Pedunculi cerebri. Es wurde die Diagnose auf Vierhügeltumor oder Tumor der Glandula pinealis gestellt. Lappenförmige Trepanation am Occiput, in zwei Zeiten ausgeführt. Es wird eine Cyste mit rötlichem Körncheninhalt oberhalb des Kleinhirns entleert und drainiert

Am dritten Tage post operationem trat plötzlich der Exitus ein. Die Sektion ergab eine Cyste der Glandula pinealis, welche in die Höhle des dritten Ventrikels vorgedrungen war. Pussep hält es sehr wohl für möglich, daß auch Tumoren der Glandula pinealis chirurgisch angreifbar sind. *Wolfsohn* (Berlin).

Pellegrini, Rinaldo: Gli effetti della castrazione sulla ghiandola pineale. (Die Einflüsse der Kastration auf die Zirbeldrüse.) (*Istit. di anat. patol., univ., Padova.*) Arch. per le scienze med. Bd. **38**, Nr. 2, S. 121—145. 1914.

Die Zirbeldrüse hat innersekretorische Beziehungen insbesondere zum Körperwachstum und zum männlichen Genitalapparat. Nach Exstirpation oder Verlust des Organes kommt es zu einer beschleunigten Entwicklung der somatischen und generativen Funktionen. Von fortlaufenden Versuchen über die Stellung der rätselhaften Drüse im Rahmen der innersekretorischen Organe teilt Verf. zunächst die Rückwirkung der Kastration auf die Zirbel mit, wie sie sich bei Kaninchen verschiedener Altersstufen nach verschieden langer Beobachtungszeit (von 25 Tagen bis zu 8 Monaten) einstellte. Die Glandula pinealis des normalen Kaninchens läßt drei Zonen erkennen: eine zentrale, sehr zellreiche, eine intermediäre, zellärmere und eine äußerst zarte periphere Schichte. Die Mächtigkeit der einzelnen Schichten variiert mit dem Alter des Tieres. — Kastriert man erwachsene männliche Tiere, dann sieht man scheinbar keine einheitliche Rückwirkung auf die Zirbel: eine Gruppe zeigt Hypertrophie, die andere normale Verhältnisse. Es zeigte sich jedoch, daß bis zum 5. Monat nach der Kastration das Organ zunimmt, während vom 7. Monat an kein Unterschied gegenüber den Kontrolltieren mehr besteht. — Jugendliche männliche Kastraten bekamen Erscheinungen von Hyperfunktion der Drüse (ohne nähere Schilderung!). Schlecht zu bewertende oder negative Resultate ergab die Kastration ausgewachsener Weibchen. Es bestehen somit zwischen Zirbeldrüse und Keimdrüsen Beziehungen im Sinne einer gegenseitigen Hemmung. (Literatur und sehr gute histologische Abbildungen.) *Kreuter* (Erlangen).

Hypophyse:

Rössle, R.: Das Verhalten der menschlichen Hypophyse nach Kastration. (*Pathol. Inst., Univ. Jena.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. **216**, H. 2, S. 248—264. 1914.

Hinsichtlich des Zusammentreffens von Veränderungen der Keimdrüsenfunktion und Änderung der zelligen Zusammensetzung des Vorderlappens der Hypophyse ergeben sich 3 Kombinationen: Auswachsen der Hauptzellen zu Schwangerschaftszellen bei Gravidität, Adenombildung aus eosinophilen Epithelien bei Akromegalie mit Ausfall der Keimdrüsentätigkeit und Vermehrung und Vergrößerung dieser Epithelien bei Kastration. Die Folgen der Exstirpation der Hypophyse für die Genitalvorgänge sind außer den allgemeinen Wachstumsstörungen eine Unterentwicklung resp. Atrophie der Genitalien, das Auftreten der Brunst wurde gehemmt, Gravidität unterbrochen. Die umgekehrte Wirkung, die der Entfernung der Keimdrüsen auf die Beschaffenheit der Hypophyse ist für den Menschen noch wenig studiert; bei Tieren (Fichera) übertraf die Kastrationshypophyse die normale um ein beträchtliches (bis 100%), jedoch nur bei gewissen Gattungen (Kapaun, Ochs), die gleichzeitig eine Beschleunigung des Knochenwachstums zeigen, nicht beim Pferd. Autor unternahm es nun, 116 Hypophysen (65 mikroskopisch) daraufhin zu untersuchen, ob sich die Beobachtungen Ficheras für Tiere am Menschen bestätigen ließen. Die wichtigste Gruppe bildeten dabei die Hypophysen von länger kastriert gewesenen Frauen. Zunächst konnte festgestellt werden, daß eine Gewichtsvermehrung von einem Grade wie bei Tieren nie und außerdem nicht gleichmäßig auftritt; ein vom sonstigen abweichendes Verhältnis zwischen Vorder- und Hinterlappen besteht nicht. Außerdem tritt in einer Anzahl von Fällen mikroskopisch eine von der Norm abweichende zellige Zusammensetzung des drüsigen

Vorderlappens auf, bestehend in einer Vermehrung der eosinophilen Zellen und einem Schwund der typischen Basophilen. Am stärksten sprechen auf den Wegfall der Keimdrüsenhormone jugendliche Individuen an, die wenig geboren haben; zur Ausbildung des Zellbildes bedarf es einer kurzen Zeit, dann bleibt der Bau der Hypophyse unverändert. Die Eosinophilie fällt weniger in der zentralen Zone als im vorderen Teile des Drüsenlappens auf, wo normal eosinophile Zellen fehlen. Die Drüse hat demnach einen raschen Zellverbrauch und antwortet rasch auf verschiedene Abänderungen der hormonalen Zusammensetzung des Blutes, sie verfügt ständig über eine ansehnliche Reserve indifferenter Zellen (Hauptzellen). Das typische Zellbild der Kastrationshypophyse ist unabhängig vom Zustand des Gesamtorganismus (Fettansatz, Kachexie); sein Ausbleiben ist häufig und dessen Bedingungen unklar. Auch die Spezifität des histologischen Bildes der Kastratenhypophyse ist zu verneinen, auch unter ähnlichen Einflüssen wie der Kastration (Klimakterium) kann es auftreten. Das Ansprechen der Hypophyse auf die Kastration ist von individuellen Bedingungen (wahrscheinlich Art des Stoffwechsels) ebenso abhängig wie das Entstehen der Fettsucht und die Beeinflussung des Geschlechtstriebes durch die Kastration.

Streissler (Graz).

Bourguet, J., et Dansan: Trépanation pour tumeur de l'hypophyse. (Trepanation bei einem Hypophysentumor.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Bd. **37**, Nr. 2, S. 329—349. 1914.

Hirsch hat 37, v. Eiselsberg 16 Fälle von Hypophysentumor operiert. In Frankreich sind bisher nur 2 derartige, letal endigende Fälle zur Operation gekommen, einer von Lecène, der zweite von den Verfassern.

50jähriger Mann. Seit August 1913 bitemporale Hemianopsie. Ausweitung der Sella turcica. Operation: Curettage eines sarkomähnlichen Hypophysentumors auf nasalem Wege. Nach 3 Tagen Tod im Exzitationszustand. Sektion verweigert.

Sowohl maligne wie benigne Hypophysentumoren erweitern die Sella turcica, deren antero-posteriorer Durchmesser von 8—16 mm auf 21 mm sich vergrößern kann. Die transmaxillo-nasale und transnaso-frontale Operationsmethode sind wegen der Gefahr nachfolgender Infektion (25% Mortalität) zu verwerfen; die transpalatine Methode von König schafft nicht genügend Platz. Die endonasale Methode von Hirsch ist zwar schwierig, gibt aber die besten Resultate (15% Mortalität). *Klose* (Frankfurt a. M.).

Nase:

Feigin, N.: Drei Fälle von Sattelnasen, operiert nach Israel - Diakonoff. Westnik uschnych. Gorlowych i nossowych bolesnej. (Zeitschr. f. Ohrenheilk.) Jg. **6**, April-H., S. 280—287. 1914. (Russisch.)

Verf. hat in drei Fällen die Methode von Israel: freie Transplantation einer Tibia Periostknochenspange ins subcutane Nasengewebe angewandt. Der Hautschnitt auf der Nasenwurzel wurde nach Diakonoff in querer Richtung ausgeführt, wobei darauf acht gegeben wurde, daß der Schnitt in eine Hautfalte fiel. Das kosmetische Resultat, welches durch Photographien illustriert wird, war ein gutes. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Solowiejczyk, A., und Br. Karbowski: Zur Kasuistik der Stirnhöhleneiterungen mit intrakraniellen Komplikationen (latente Stirnhöhleneiterung, epiduraler Abceß, Osteomyelitis des ganzen Schädeldaches.) Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. i. Grenzgeb. Bd. **7**, H. 1, S. 15—24. 1914.

Der Fall zeichnet sich dadurch aus, daß neben einer Hirnkomplikation Osteomyelitis sämtlicher Schädeldachknochen eintrat. Die Stirnhöhleneiterung konnte sich hier infolge starker Verdickung der Schleimhaut im Infundibulum nicht entleeren. Durch die mit ergriffene hintere Wand der Stirnhöhle kam es zu einem außergewöhnlich großen epiduralen Abceß, der die Hälfte der vorderen Schädelgrube ausfüllte. Drei Wochen nach dem ersten operativen Eingriff konnte eine eitrige Erkrankung der Diplöe festgestellt werden, die sich in einigen Monaten auf das ganze Schädeldach verbreitete und zum Exitus führte. Trotz chirurgischer Behandlung der Diplöeosteomyelitis war der Prozeß nicht einzudämmen. Ob die Osteomyelitis eine Folge der Stirnhöhleneiterung oder des operativen Eingriffes sei, d. h. traumatischen Ursprungs wie öfters beobachtet, war nicht sicher zu entscheiden. *Ad. Gutmann* (Berlin).

Mund:

Drachter, Richard: Zur Frage des Verschlusses der Kieferspalte bei „einseitig durchgehender Gaumenspalte." (*Chirurg. Kinderhlin., Univ. München.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 12, S. 497—499. 1914.

Die von Schoemaker zum Verschluß der Kiefer- und Gaumenspalte angegebene Operationsmethode ist in zwei Fällen zum Zwecke des primären Verschlusses der Alveolarspalte angewandt worden. Nach Ausschneiden eines Dreiecks aus dem harten Gaumen der nicht gespaltenen Seite und aus dem Vomer wurde der Zwischenkiefer an den Alveolarfortsatz der gespaltenen Seite herangebracht und nach Anfrischung mit Schleimhautnähten befestigt. Die Naht der Hasenscharte erfolgte im ersten Falle nach 10 Tagen, im zweiten in derselben Sitzung. *Kaerger.*

Trautmann, Gottfried: Plastische Variation bei der extrakapsulären Totalexstirpation der Tonsille. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 22, S. 1232 bis 1233. 1914.

Für den anormalen Fall, daß der vordere Gaumenbogen zum hinteren parallel läuft oder denselben sogar überragt, hat Verf. geraten ihn zu resezieren, um nach der extrakapsulären Totalexstirpation der Tonsille das Zusammenwachsen der Gaumenbögen zu vermeiden. Verf. umgeht bei diesen atypischen Fällen neuerdings die Resektion des vorderen Gaumenbogens dadurch, daß er die von ihm Präputium, früher Planum triangulare genannte Schleimhautpartie von der Tonsille und ihrer Kapsel abpräpariert und nach Entfernung dieser Gebilde die leere Tonsillenbucht damit austapeziert. Die Anheilung wird durch einen für 4—6 Tage aufgenähten Tampon erreicht. Voraussetzung dieses Verfahrens ist, daß die Konfiguration des sog. Präputium die Lappenbildung gestattet, und daß die Tonsillenbucht nicht allzu tief, sondern muldenförmig ist. *Wolff* (Potsdam-Hermannswerder).

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

Minet, Jean: La mort subite suite de ponction lombaire. (Plötzlicher Tod nach Lumbalpunktion.) Journal de méd. de Paris Jg. **34**, Nr. 16, S. 312—313. 1914.

Verf. resümiert die verschiedenen Entstehungsursachen, die man zur Erklärung plötzlicher Todesfälle nach Lumbalpunktion beigezogen hat. Mit Martin ist er der Meinung, daß es sich in den meisten Fällen um einen bulbären Schock handelt, der auf histologische Veränderungen der Nervenzentren, die ihrerseits wieder durch Vasomotorenstörungen verursacht werden, zurückzuführen sind. *Ströbel* (Marktredwitz).

Blanchard, Wallace: Neglected infantile paralysis. (Vernachlässigte Kinderlähmung.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 262—268. 1913.

Die orthopädische Behandlung soll nicht erst einsetzen, wenn eine Deformität ausgebildet ist, sondern in einem möglichst frühen Stadium, um die Ausbildung einer Deformität zu verhüten. Bei ausgebildeter Deformität ist Verf. kein Anhänger der Sehnentransplantationen oder Verlängerung (im Gegensatz zu Abbott [Portland], welcher in der sich anschließenden Diskussion sich als ein großer Anhänger derselben bezeichnet und sie in über 100 Fällen meist mit Erfolg angewendet hat). Für den paralytischen Klumpfuß empfiehlt er eine Operation von R. Jones, welche in dem Ausschneiden eines fünfmarkstückgroßen Hautstückes an der Außenseite des Fußes besteht und Zusammenziehen der Haut nach Korrektion. Im übrigen bevorzugt er Gipsverbände in überkorrigierter Stellung. *Stettiner* (Berlin).

Hals.

Allgemeines:

Schmiedeck, Friedrich: Über einen Fall von Hygroma colli congenitum cystoides. Dissertation: Halle 1914. 28 S. (Kaemmerer).

Ausgangspunkt der Geschwulst waren die tiefen Halslymphgefäße: cystisches angeborenes Lymphangiom des Halses. *Colin* (München).

Gilson-Herman: Anévrisme artérioso-veineux de la carotide interne et de la jugulaire interne. (Arterio-venöses Aneurysma der Carotis interna und der Jugularis interna.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **14**, Nr. 3, S. 71 bis 77. 1914.

Entstehung dieses Aneurysmas 2 Monate nach einem Halsschuß bei einem 48jährigen Manne. Operation nach $1^1/_2$ Jahren, Ligatur der Carotis communis und der Jugularis interna unterhalb der Carotis interna und der Jugularis interna oberhalb des Aneurys-

mas. Ohne jede Nebenerscheinung geheilt. Verf. geht sodann näher auf die Literatur über die Unterbindung der Carotis communis ein und gibt die Resultate seiner Studien über die Anastomosen zwischen beiden Carotiden wieder. Er hat dieselben an Leichen von Neugeborenen mittels Injektion von Teichmannscher Flüssigkeit gewonnen. Abbildung von anschaulichen Röntgenphotographien der injizierten Gefäße. Verf. kommt zur Ansicht, daß zur Erklärung der häufigen Zirkulationsstörungen nach Unterbindung der Carotis communis noch weitere exakte Untersuchungen nötig sind. *Jurasz* (Leipzig).

Kehlkopf und Luftröhre:

Aboulker, Henri: Quatre cas de sangsues fixées dans le larynx. (4 Fälle von Blutegeln, die sich im Kehlkopf festgesetzt hatten.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **35**, Nr. 21, S. 623—624. 1914.

Beschreibung dieser vier Fälle; die Blutegel waren durch Wassertrinken in den Eingang des Larynx gekommen und hatten hier im wesentlichen nur Fremdkörperbeschwerden gemacht. Einmal schwere Stenose. Ihre Extraktion gelang leicht. Keine nachteiligen Folgen. *Coste.*

Gaggia, Mario: Note di patologia libica. Contributo pratico alla cura delle sanguisughe nel laringe. (Praktischer Beitrag zur Behandlung von in den Larynx gelangter Blutegel.) Giorn. di med. milit. Jg. **62**, Nr. 4, S. 298—300. 1914.

Durch den Genuß zweifelhafter Wassers werden bei den Einwohnern Lybiens nicht selten Blutegel in den Pharynx und Larynx hineingeschwemmt, wo sie sich festsaugen. Durch Kauen von Tabak lösen sich die im Schlunde sitzenden Egel und werden dann ausgespien. Im Larynx angesaugte Egel können aber nur durch Instrumente entfernt werden. Verf. hatte Gelegenheit bei einigen Soldaten Blutegel aus dem Kehlkopf nach vorheriger Cocainisierung mit langer Pinzette zu entfernen. *Herhold* (Hannover).

Sargnon et J. Toubert: Traitement chirurgical des sténoses fonctionnelles du larynx avec cornage. (Chirurgische Behandlung der funktionellen Kehlkopfstenose.) Ann. des malad. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **40**, Nr. **2**, S. 122 bis 145. 1914.

Funktionelle Kehlkopfstenosen haben ihre Ursachen einmal in Lähmungen, andererseits in einer Arthritis des Crico-arytenoidgelenks. Die Behandlung ist je nach Ursache und Schwere des Falles sehr verschieden: Katheterismus des Kehlkopfes, Intubation usw. Schließlich Resektion der Stimmbänder, Resektion der Aryknorpel. Die Exstirpation der Stimmbänder garantiert keinen Erfolg, weil eine weitgehende Restitution eintritt. Verf. hat mit sehr gutem Erfolg eine zuerst von Williams in der Veterinärmedizin angewandte Methode beim Menschen angewandt. Dieselbe besteht darin, daß nach Spaltung des Kehlkopfes die Ventrikelschleimhaut mit einer Pinzette gefaßt, wie ein Handschuhfinger umgestülpt und excidiert wird. Bei narbigen Verwachsungen tritt an Stelle dieser Manipulation ein Curettement. Weiterhin werden die beiden Aryknorpel submukös exstirpiert. Hierauf zunächst Tamponade, später sekundärer Verschluß der Laryngostomie. Infolge Narbenschrumpfung werden die Stimmbänder nach Excision der Ventrikelschleimhaut dauernd lateral fixiert.
Ströbel (Marktredwitz).

Aboulker, Henri: Résection du laryngé supérieur dans la dysphagie des tuberculeux. (Die Resektion des Laryngeus superior bei der Dysphagie der Tuberkulösen.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **35**, Nr. 22, S. 641—646. 1914.

Es kann vorkommen, daß die oft zu wiederholende Injektion von Alkohol in den Nerv. laryng. sup., z. B. aus Gründen der örtlichen Entfernung, nicht möglich ist, in solchen Fällen ist dann die Resektion des Nerven, die nur einen kleinen Eingriff darstellt, indiziert. Er macht einen Schnitt parallel zum Zungenbein, der bis zum vordern Rand des Kopfnickers reicht. Sobald man die Art. und Vena laryngea gefunden hat, muß man sich oberhalb von ihnen halten, es genügt 1 cm zu resezieren. 2 Krankengeschichten. *Valentin* (Berlin).

Van de Calseyde, J.: Sténose lupique du larynx, guérie par la laryngostomie et la dilatation progressive au moyen de tubes en verre en forme de L. (Lupusstenose des Kehlkopfes, geheilt durch Laryngostomie und allmähliche Dilatation mit L-förmigen Glasbougies.) Presse oto-laryngol. belge Jg. **13**, Nr. 3, S. 113—124. 1914.

Die Ausräumung des Kehlkopfs nach Spaltung desselben ist wiederholt bei tuberkulösen

Prozessen gemacht worden, doch gelang es meist nicht, ein dauerndes Decanulement zu erzielen. Verf. hat in einem Fall von Lupusstenose mit schwerer Destruktion des Kehlkopfs einen vollen Erfolg erreicht und zwar dadurch, daß er mit eigens angefertigten starken Glasbougies, deren Griff in den Ausschnitt der Sargnonschen Kanüle eingepaßt war, lange Zeit hindurch dilatierte. Abbildung des Instrumentariums. *Ströbel* (Marktredwitz).

Stucky, J. A.: Report of an unusual case of multiple papilloma of the larynx, necessitating tracheotomy and thyrotomy; and two cases of foreign body in the lower trachea. (Bericht über einen ungewöhnlichen Fall von multiplen Papillomen des Kehlkopfes, der Tracheo- und Thyreotomie notwendig machte, und zwei Fälle von Fremdkörper der unteren Trachea.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 18, S. 481—482. 1913.

Im ersten Fall handelte es sich um ein ungewöhnlich großes Papillom, das vom linken Stimmband ausging, auf den linken Thyreoidknorpel übergegangen war und sich endolaryngeal nicht entfernen ließ. Es wurde von einer Laryngotomiewunde aus nach Tracheotomie entfernt, rezidivierte aber bald, ohne sich mikroskopisch als bösartig nachweisen zu lassen. Die Heilung des Rezidivs erfolgte dann schnell unter Ätzungen mit Alkohol anfangs von 25%, dessen Konzentration in mehreren Sitzungen um 5% bis auf 90% gesteigert wurde. Die Fremdkörper in den beiden anderen Fällen waren eine Kornähre und eine Bohne. Beide Kinder waren in desolatem Zustande in das Hospital gebracht worden. Von der Tracheotomiewunde aus ließen die Fremdkörper sich entfernen. Verf. hebt hervor, daß niemals derartige Fälle als hoffnungslos behandelt werden sollten. Er empfiehlt zur Erweiterung der Trachea ein zangenförmiges Instrument mit langen abgebogenen Branchen, die Trachealkanüle soll nur 8—24 Stunden liegen bleiben, dagegen soll die Trachea mit der Haut vernäht werden. Es werden die großen Vorzüge dieses Verfahrens hervorgehoben. *Ellermann* (Danzig).

Decherd, Henry B.: Papillomata of the larynx. (Papillome des Larynx.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 12, S. 375—376. 1914.

Exstirpation von Larynxpapillomen, großen, pilzförmigen Wucherungen an beiden Bändern und an der vorderen Commissur in 8 Sitzungen. Guter Erfolg der Operation. Erst nach Heilung konnte sichergestellt werden, daß die Pat. 2 Jahre vorher Lues acquiriert hatte. Eine antiluetische Behandlung war wegen des bloßen Verdachtes auf Lues vor der Operation durchgeführt worden, aber ohne Erfolg. Bemerkenswert ist die große Toleranz des Larynx und der Trachea für Cocain. Es wurde pures Cocainpulver ohne üble Folgen angewendet. Die Anästhesie dauerte trotzdem nicht über 5 Minuten. *Kindl* (Kladno).

Sargnon: Indications et manuel opératoire de la laryngectomie en dehors des tumeurs malignes. Anesthésie locale dans les laryngectomies. Manuel opératoire des laryngectomies complexes et des plastiques. (Indikation und Technik der Kehlkopfexstirpation bei malignen Tumoren. Lokale Anästhesie hierbei, Technik bei den komplizierten Fällen sowie den Plastiken.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhincl. Jg. **35**, Nr. 21, S. 609—623. 1914.

Übersicht eines Referates, das S. auf dem Kongreß der Oto-Laryngologen Mai 1914 gab. Die totale Exstirpation kommt bei Folgezuständen von Traumen, auch nicht im Spätstadium, kaum in Betracht, da man hier mit geringfügigeren Eingriffen auskommt. Das gleiche gilt von Entzündungen mit Ausnahme der Aktinomykose und gelegentlich der Syphilis, da sich auf der Basis von letzterer außerdem leicht Carcinom entwickelt. und schließlich bei Tuberkulose. Nur wenn hierbei intensiven Stenosenerscheinungen, Schluckbeschwerden und ausgedehnten Zerstörungen des Knorpelgerüstes alle anderen Operationsverfahren sowie die interne Medikation versagten. Es bleiben somit im wesentlichen die malignen Tumoren insonderheit die, welche auf den Pharynx vom Larynx oder umgekehrt übergreifen, sowie die primären an der Außenwand, Fälle, in denen meist ausgedehnte Teile des Pharynx und anderer Organe des Halses geopfert werden müssen.

Technik: Lokale Anästhesie zunächst oberflächlich mit Novococain dann die paravertebrale nach Pouchet und Prevost. Transversale tiefe Tracheotomie. Sargnon geht im allgemeinen nach Gluck vor, entfernt den Larynx von oben nach unten. Bei ausgedehnten Entfernungen der Nachbarteile werden diese zugleich mitgenommen, nachdem die Drüsen vorher fortgenommen sind, ehe der Larynx eröffnet ist. Desgleichen nimmt er die Plastiken nach Gluck vor. Hauptgefahr ist die Bronchitis und Infektion auf dem Wege der Gefäßscheiden, die am besten bekämpft wird durch die weite Naht, während er eine enge, die Sekretion verhindernde Naht verwirft. *Coste* (Magdeburg).

Schilddrüse:

Beebe, S. P. Serum treatment of exophthalmic goiter. (Serumbehandlung der Basedowstruma.) Monthly cyclopedia Bd. 28, Nr. 3, S. 136—138. 1914.

Verf. benutzte ein Serum von Tieren, die mit normaler oder Basedowschilddrüse vorbehandelt waren. In 3000 Krankheitsfällen sollen 50% Heilungen, 30% Besserungen und 3% Todesfälle eingetreten sein. *Lobenhoffer* (Würzburg).

Hirsch, J. A.: Spondylotherapy in exophthalmic goitre. (Wirbelsäulenbehandlung bei Basedowscher Krankheit.) Illinois med. journ. Bd. 25, Nr. 5, S. 312—315. 1914.

Verf. will den Basedow mit einer Erschütterungsmassage behandeln, die an der Wirbelsäule angreift und auf die Reflexe wirken soll. *Lobenhoffer* (Würzburg).

Alquier, L.: Basedowisme ou névrose vaso-motrice (troubles vaso-moteurs avec cœur instable et facilement excitable, dyspepsie nerveuse, tremblement, troubles psychiques.) (Basedowismus oder vasomotorische Neurose [vasomotorische Störungen mit ungleichmässiger und leicht erregbarer Herztätigkeit, nervöser Dyspepsie, Zittern und psychischen Störungen].) Rev. neurol. Jg. 22, Nr. 6, S. 393—401. 1914.

Verf. macht auf die bei den Formes frustes des Basedow so häufigen nervös-vasomotorischen Symptome aufmerksam. Die dyspeptischen Beschwerden sind hauptsächlich durch ihre außerordentliche Variabilität und Flüchtigkeit charakterisiert. Hyperaciditätsbeschwerden, wie Pyrosis, saures Erbrechen, heftige Schmerzattacken, Atonie, Diarrhöen und Obstipation, Aerophagie und Koliken wechseln miteinander ab. Auch Leber und Gallenblase sollen zeitweise nicht unbeträchtlich vergrößert, ein andermal wieder verkleinert sein. Die Stühle sind bald pleiochromisch, bald entfärbt; leichter Ikterus kann sich ohne besondere Veranlassung einstellen. Mit Hysterie haben diese Störungen sowie die psychischen Anomalien nichts zu tun. Außerordentliche Reizbarkeit und Emotivität charakterisieren die Psyche solcher Kranker. Der Basedowismus kommt häufig bei Chlorose vor sowie bei Tuberkulösen. Verschiedene mit dem Geschlechtsleben der Frau zusammenhängende Ereignisse können einen Basedowismus auslösen. Es läßt sich zurzeit nicht entscheiden, ob die Störungen im Bereich der Schilddrüse die wirkliche Ursache oder bloß eine Episode der vasomotorischen Neurose darstellen. *J. Bauer* (Wien).[M]

Thymus:

Fiore, G., e U. Franchetti: Studi sperimentali sul timo. Un nuovo metodo per lo studio dell'evoluzione e delle funzioni del timo. (Experimentelle Studien über die Thymusdrüse. Eine neue Methode des Studiums der Entwicklung und der Funktion der Thymus.) (*Istit. di clin. pediatr., istit. di studi sup. e di perfez., Firenze.*) Sperimentale Jg. 68, H. 2, S. 237—254. 1914.

Um zu beweisen, daß die Entwicklung der Thymusdrüse abhängig ist von im Blute während der Entwicklung des Körpers kreisenden Fermenten, und daß diese Fermente eine bestimmte Einwirkung auf die Entwicklung des Körpers haben, spritzten die Verff. ganz jungen Ratten und Kaninchen Serum von erwachsenen Tieren derselben Gattung ein, bei welchen bereits eine völlige Involution der Thymus stattgefunden hatte und in einer anderen Reihe von Versuchen Serum junger Tiere derselben Gattung, bei welchen die Thymus noch voll entwickelt war. Im ersteren Falle trat bei den jungen eingespritzten Tieren eine Verkleinerung ihrer Thymusdrüse ein, sie blieben im Wachstum zurück, die Knochenverkalkung verzögerte sich und waren die Tiere selbst wenig lebhaft. Im zweiten Falle fand sich im Gegensatz hierzu eine deutliche Vergrößerung der Thymus, schnellere Knochenverkalkung, größeres Wachstum und größere Lebhaftigkeit. *Herhold.*

Fischer, Aladár: Thymektomie wegen Tracheostenosis thymica. (*Siegmund u. Adele Bródy-Spit., Pest.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 21, S. 1173 bis 1175. 1914.

2jähriges Mädchen von gesunden Eltern. Seit mehreren Monaten keiner Behandlung weichendes Ekzem. Krampfhafter Husten, laute Atmung, Erstickungsanfälle. Im Anfall

Tracheotomia superior mit langer Kanüle, ohne daß die Atmung ganz frei wird. Dekanülement gelingt erst nach 3 Monaten. Wieder Erstickungsanfälle, vergeblicher Versuch einer Tracheotomie, dann intrakapsuläre Excision eines zweinußgroßen Thymusstückes, wonach sich sofort die Atmung bessert. Trachea erweicht und säbelscheidenartig komprimiert, so daß wegen Gefahr eines Erstickungstodes eine Kanüle eingeführt wird. Fixation der Thymuskapsel an das Periost des Sternum. In den ersten 5—6 Tagen Fieber bis 38,6. Vollkommene Heilung. Spontanes Schwinden des Ekzemes. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Brust.

Brustwand:

Huguier, Alphonse, et Maurice Lorrain: Hypertrophie mammaire gravidique. (Mammahypertrophie in der Gravidität.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 89, Nr. 3, S. 141—145. 1914.

Bei einer 24jährigen Frau bildet sich im Anfang der ersten Gravidität eine Hypertrophie beider Mammae aus, die solchen Umfang annahm und zur Kachexis der Patientin führte, daß künstlicher Abort eingeleitet wurde. Darauf Rückbildung der Mammae. Aber es bleiben in beiden Drüsen tumorverdächtige Knoten zurück, die später eine Amputation beider Brüste notwendig machten. Nach der Operation ist der Gesundheitszustand der Patientin gut geblieben. *Carl* (Königsberg).

Quénu, E.: De la sporotrichose mammaire. (Über Sporotrichose der Mamma.) Rev. de chirurg. Jg. 34, Nr. 5, S. 585—603. 1914.

Das Sporotrichum Beurmanni kann in der Mamma Geschwülste erzeugen, die einerseits an Tuberkulose, andererseits an Carcinom erinnern. Anfänglich derbe, nichtschmerzende Tumoren von Tauben- bis Hühnereigröße, erweichen sie allmählich, die Haut über der Erweichung wird atrophisch, der Absceß bricht durch und läßt eine Fistel entstehen, mit schlaffen Granulationen und unterminierten Rändern und wenig Tendenz zur Verheilung. Die Differentialdiagnose gegen Lues stützt sich im wesentlichen auf das Fehlen der Wassermannschen Reaktion. Tuberkulose kann mit Sicherheit erst durch die histologische Untersuchung ausgeschlossen werden. Eine Eigenart der Sporotrichose ist das multiple Auftreten von Tumoren an verschiedenen Körperstellen. 4 Fälle werden aus der Literatur angeführt, ein eigener Fall genau beschrieben. Die Therapie besteht bei den erweichten Formen in Incisionen, im übrigen in Jodkalimedikation in großen Dosen. Die Tumoren nehmen unter dieser Behandlung schnell an Größe ab und verschwinden restlos. *Carl* (Königsberg).

Speiseröhre:

Charlier: Le radio-diagnostic des corps étrangers de l'œsophage. (Die Röntgendiagnose von Fremdkörpern im Oesophagus.) Journ. de med. de Paris Jg. 34, Nr. 21, S. 416—417. 1914.

Bei einem 2jährigen Mädchen mußte wegen plötzlich einsetzender Dyspnöe die Tracheotomie ausgeführt werden. Das Röntgenbild ergab nachträglich im oberen Teil des Oesophagus einen Schatten. Zweimalige Oesophagoskopie unter Narkose war erfolglos. Mittels Oesophagotomie wurde ein Stück eines Metallknopfes entfernt. Verf. empfiehlt in ähnlichen Fällen die Methode von Henrard anzuwenden, nämlich unter der Kontrolle des Röntgenschirmes mit einer Zange einzugehen und den Fremdkörper herauszuholen. *Jurasz* (Leipzig).

Crump, Armistead C.: A new aid for the diagnosis of stricture of the esophagus. (Ein neues Hilfsmittel für die Diagnose von Oesophagusstrikturen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 19, S. 1471—1473. 1914.

Um gute Konturengrenzen auch bei beginnenden Stenosen des Oesophagus mit Wismutfüllung zu erlangen, macht Verf. folgenden Vorschlag: Er verwendet Schweinedarm, der an einem Ende zugebunden ist und am anderen über eine Zwinge gestülpt wird. Zusammengelegt hat er die Dicke eines dicken Fadens, welcher vom Pat. leicht geschluckt werden kann. Der Sack wird sodann von oben mit Wismut gefüllt und Pat. erhält noch einige Löffel Wismutbrei zum Schlucken, der neben diesem Sack die letzten Nischen, die etwa übrigbleiben, ausfüllen soll. Verf. glaubt auf diese Weise ganz frühzeitig beginnende Stenosen finden zu können. Vier erläuternde Abbildungen sind beigefügt. *Jurasz* (Leipzig).

Lungen:

Jex-Blake, A. J.: Obstruction of a main bronchus. (Verlegung eines Hauptbronchus.) Clin. journal Bd. **43**, Nr. 17, S. 257—266. 1914.

Die Verlegung kann geschehen: 1. durch aspirierte Fremdkörper; 2. durch Neubildungen, die im Bronchus entstehen oder dessen Wand durchwachsen; 3. durch Kompression von außen. Die Symptome sind sehr mannigfaltig. Vom praktisch-klinischen Standpunkte aus kann man die Fälle von Bronchusverlegung etwa in drei Gruppen einteilen. 1. Jene, in denen die Erscheinungen des Lungenkollapses in dem von der Respiration ausgeschalteten Gebiet vorherrschen. 2. Jene, in denen durch Sekretretention bedingte septische Prozesse im Vordergrunde stehen. 3. Fälle mit sekundären Pleuraexsudaten. Ad. 1. Im Anfang sind die Erscheinungen des Lungenkollapses sehr gering. Ein geringes respiratorisches Nachschleppen der betroffenen Seite ist nicht konstant. Der Stimmfremitus ist etwas abgeschwächt, namentlich gegen die Basis. Der Perkussionsschall ist im Anfang nur sehr wenig abgeschwächt. Bei der Auskultation ist das Atemgeräusch und der Stimmschall abgeschwächt, das Exspirationsgeräusch verkürzt. Bei tiefem Atmen hört man Stridor entweder am Munde des Patienten, oder über dem Manubrium sterni oder zwischen den Scapulä. Der Umfang der betroffenen Seite wird verkleinert; das Herz kann verlagert werden.

Verf. illustriert diese Gruppe durch vier Fälle, in denen dreimal Aneurysmen, einmal das erweiterte linke Herzohr bei Mitralstenose zu Bronchusstenose und Lungenkollaps geführt haben. Ad. 2. Ein Fall von septischer Bronchitis nach Bronchusstenose. Ein zweiter von septischer Bronchieektase bei einem 21 Monate alten Jungen, der eine Bohne verschluckt hatte. Ad. 3. Drei Fälle von primären Bronchuscarcinomen, die alle erst post mortem diagnostiziert wurden. *Schumacher* (Zürich).

Derscheid: Le bloquage du système lymphatique pulmonaire par le pneumothorax artificiel. (Die Verlegung des Lymphsystems der Lunge durch den künstlichen Pneumothorax.) Policlinique Jg. **23**, Nr. 8, S. 113—118. 1914.

Wenn man bei einem Phtisiker III. Grades einen Pneumothorax anlegt, so ist es meist die Temperatur, die am ersten reagiert. Man erklärt dies allgemein so, daß mit Zunahme des Pneumothorax die Lunge komprimiert werde, daß der Eiter und die Toxine ausgepreßt und expektoriert werden, daß die Infiltrationen und Cavernen austrocknen und so die Toxinresorption vermindert werde. Verf. hält diese Erklärung für unexakt. Für jene Fälle mit sofortigem, den ersten Injektionen folgendem Fieberabfall (ein Beispiel) glaubt er eine eigentliche Bloquierung des Lymphsystems der ganzen erkrankten Lunge annehmen zu sollen, „welches infolge einer selbst minimen Verringerung des negativen Druckes in der Pleurahöhle wenn nicht eine Kompression, so doch eine Herabsetzung des Innendruckes der Gefäße erleiden würde, die immerhin genug stark wäre, die Resorption von Toxinen und septischen Stoffen nicht mehr zuzulassen.“ Jedenfalls kann die schnelle Temperaturänderung sich nicht durch die Kompression der tuberkulösen Lungenpartien erklären, um so mehr zu einer Zeit, wo noch ganz geringe Gasmengen injiziert sind. *Schumacher* (Zürich).

Bauch und Becken.

Bauchfell:

Arnaud, L.: Contusion abdominale par coup de pied de cheval datant de vingt-quatre heures. Contracture de l'abdomen. Laparotomie immédiate. Double perforation du grêle avec matières fécales et pus en péritoine libre. Résection partielle et suture de l'intestin. Fermeture du ventre sans drainage. Guérison. (24 Stunden alte Bauchquetschung durch Hufschlag. Bauchdeckenspannung. Unverzügliche Laparotomie. Doppelte Perforation des Dünndarms mit Kotmassen und Eiter in der freien Bauchhöhle. Teilweise Resektion und Naht des Darms. Schluß des Bauches ohne Drainage. Heilung.) Lyon méd. Bd. **122**, Nr. 25, S. 1369—1378. 1914.

Morris, Robert T.: Clinic on tuberculous peritonitis, loose kidney, short circuiting the colon, appendicitis with chronic abscess, saphenous phlebitis. (Die Klinik der tuberkulösen Peritonitis, Wanderniere, Ausschaltung des Kolon, Appendicitis mit chronischem Absceß und Phlebitis des Saphena.) Post-graduate Bd. **29**, Nr. 4, S. 261—265. 1914.

Kasuistik mit Demonstration der operierten Pat. — Erwähnenswert ist, daß die Kolonausschaltung wegen Asthma nervosum ausgeführt wurde, und zwar mit Hilfe eines vom Verf. angegebenen Instrumentes, das er „door-maker" nennt. Dasselbe wird in das Rectum eingeführt und bleibt noch vier Tage nach der Operation liegen. *Ruhemann.*

Setti, Giovanni: La cura della peritonite ascitica tubercolare col metodo del Capparoni (iniezione endoperitoneale di iodoformia). Osservazioni cliniche e considerazioni. (Die Behandlung der ascitischen Form der Bauchfelltuberkulose nach der Methode von Capparoni [intraperitoneale Jodoforminjektionen]. Klinische Beobachtungen und Betrachtungen.) (*Osp. civ. di Badia, Polesine.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **60**, Nr. 6, S. 241—262. 1914.

Verf. hat bei tuberkulösem Ascites Jodoformglycerin (2—3 g Jodoform in 5 bis 50 ccm Glycerin je nach dem Alter der Patienten) in die Bauchhöhle injiziert und in 9 Fällen in 11—21 Tagen ein rasches Verschwinden des Ascites beobachtet. In 4 Fällen kam es zur dauernden Heilung, während die 5 anderen nach Jahresfrist an schweren anderen tuberkulösen Affektionen zugrunde gingen. Die Injektion führte in fast allen Fällen zu schweren Erscheinungen der Jodoformintoxikation, die jedoch ohne dauernde Störung in kurzer Zeit abklang. Es fand sich insbesondere Hemmung der Diurese, Temperatursteigerung am Injektionstage, Anorexie, Übelkeit, Singultus, Brechreiz, Diarrhöe, Leibschmerzen, kleiner frequenter Puls, Schlaflosigkeit, Aufregungs- oder Erschöpfungszustände. In 2—4 Tagen schwanden diese Erscheinungen wieder. Nach $1^1/_2$—2 Stunden ließ sich bereits Jod im Speichel, nach 5—7 Stunden im Urin nachweisen, so daß rasche Zersetzung des Jodoforms angenommen werden muß. Trotz der erwähnten Nebenerscheinungen empfiehlt Verf. die einfache Methode wegen des sicheren Erfolges. *Strauß* (Nürnberg).

Posin, D.: L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (Darmverschluß im Verlaufe der tuberkulösen Peritonitis.) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **25**, Nr. 5, S. 278—282. 1914.

Hinweis auf die Häufigkeit des Darmverschlusses bei tuberkulöser Peritonitis einerseits und die Schwierigkeit einer exakten Diagnose anderseits. Charakteristisch für den Darmverschluß bei tuberkulöser Peritonitis erscheint die ballonförmige Auftreibung des Leibes oberhalb des Hindernisses, weiterhin das konstante gallige Erbrechen bei fehlendem Koterbrechen, und der allen Medikamenten trotzende ständige Schmerz. Stuhl und Winde fehlen nur in der Hälfte der Fälle. Trotz dieser Symptome ließ sich in 53 Fällen die Diagnose nur in 7 Fällen mit Sicherheit stellen. Differentialdiagnostisch kommen alle sonstigen Ileusformen, vor allem der Ileus bei akuter Appendicitis, in Betracht. Therapeutisch empfiehlt sich bei akut einsetzenden Fällen die Laparotomie mit angeschlossener Beseitigung des Hindernisses, vorausgesetzt, daß der Zustand des Kranken den Eingriff gestattet. In anderen Fällen ist die Anlegung eines Anus praeternaturalis geboten. *Strauß* (Nürnberg).

Hernien:

Stein, Irving F.: Eventration of the diaphragm with the report of a typical case with X-ray diagnosis. (Über die Eventeratio diaphragmatica.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 547—550. 1914.

Im Gegensatz zur diaphragmatischen Hernie handelt es sich bei der Eventeration um eine diffuse Erschlaffung einer Zwerchfellhälfte, meistens der linken. Diese offenbar kongenitale Anomalie beruht auf einem Schwund der muskulösen Elemente bis zur Ausbildung einer fibrösen Membran. Baetge glaubt an eine Entwicklungsstörung, Motzfeldt macht eine einseitige Atrophie des N. phrenicus dafür verantwortlich. Ein Trauma konnte nur in einem einzigen Fall als Ursache festgestellt werden. Die Anomalie kann lange Zeit symptomlos bleiben,

meistens äußert sie sich in Dyspnoe, Cyanose, Herzklopfen bei der geringsten Körperbewegung, Konstipation, Dysphagia paradoxa und bisweilen in Schmerzen und Hämatemese. Das Abdomen ist eingezogen, meistens besteht Dextropositio des Herzens, Vorwölbung der betreffenden Brustseite, über der Tympanie und Darmgeräusche hörbar sind, während das Atmungsgeräusch fehlt. Die Diagnose ist schwierig. Beweisend ist im Röntgenbild das Erscheinen des Wismutschattens in der Brusthöhle nach Gabe der Wismutmahlzeit. Differentialdiagnostisch kommen Hernia diaphragmatica, Pneumothorax, subphrenischer Abceß, Pyopneumothorax und Oesophagusdivertikel in Betracht. Bei der Obduktion wurde einigemale die linke Zwerchfellkuppe im zweiten Intercostalraum angetroffen. Bericht über einen Fall von Eventeration des Zwerchfells bei einem Kinde (mit 5 Illustrationen). *Saxinger* (München).

Pauchet, Victor: Traitement de la hernie inguinale étranglée réduite en masse. (Behandlung des eingeklemmten Leistenbruchs nach Reposition en masse). Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 40, S. 632—634. 1913.

Interessante, durch drei anschauliche Skizzen illustrierte Krankengeschichte eines Falles von eingeklemmter, angeborner Leistenhernie, bei der infolge Taxisversuchen eine Reposition en masse mit Abreißen des Bruchsackes an seinem Halse und scheinbarem Zurückbringen der Bruchgeschwulst in eine präperitoneale Tasche stattgefunden hatte. *Kaerger* (Kiel).

Darling, Cyrenus G.: Some points of interest in inguinal and femoral hernia. (Einige interessante Punkte bei Inguinal- und Femoralhernien.) (*Univ. hosp., Ann Arbor.*) Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. **13**, Nr. 5, S. 333—335. 1914.

Darling bringt, wie er selbst sagt, nichts Neues. Er forscht bei der Operation jeder Hernie 1. nach einer sog. Hernienanlage, 2. nach dem früheren oder gleichzeitigen Bestehen eines Lipoms, 3. nach abnormen Zuständen anderer Art (Strängen usw.). Auf Grund mehrerer beschriebener Fälle, mit angeblich traumatischen Hernien, kommt er zum Schluß, daß in der Pathogenese der Hernien vieles für kongenitale Entstehung spräche. Feine Stränge oder Kanäle bildeten oft noch den Rest ehemaliger Bruchsäcke und würden leicht übersehen. Traumatischen Ursprungs sei nicht der Bruchsack, sondern nur das Eintreten von Bauchinhalt in den Sack. — Aus diesen Gründen kann ein Bruchband keine Hernie heilen und darf nur vorübergehend angewandt werden. — Ist aber eine Hernie im allgemeinen angeboren und ohne Schuld des Trägers entstanden, so müsse der Staat die Kosten der Operation tragen, wenn der Träger es nicht selbst könne. *Hesse* (Greifswald).

Welsch, H.: Pathogénie de l'étranglement rétrograde de l'intestin dans la hernie en W. (Retrograde Darmeinklemmung bei der W-förmigen Hernie.) Rev. de chirurg. Jg. **34**, Nr. 3, S. 282—292. 1914.

Die W-förmige Hernie ist zum ersten Male 1880 von Schmidt beschrieben. Sie ist dadurch charakterisiert, daß sich im Bruchsack zwei Darmschlingen finden, während das Verbindungsstück in der Bauchhöhle zurückbleibt. Bei dem Schmidtschen Fall war der Bruchsack durch Netzverwachsungen in zwei Fächer geteilt; durch das eine war die Darmschlinge in den Bruchsack hineingelangt, durch das andere war sie wieder in die Bauchhöhle zurückgeschlüpft. Bei anderen Beobachtungen war die W-förmige Hernie durch eine unvollständige Taxis hervorgerufen worden. Im Gegensatz zu diesen sog. sekundären W-förmigen Hernien entstehen die primären bei weitem Bruchring dadurch, daß entweder gleichzeitig oder nacheinander zwei Darmschlingen die Bruchpforte passieren. Wiederholt wurde eine Fixation der verbindenden Darmschlinge in der Bauchhöhle beobachtet. Chirurgisch von Bedeutung ist die Tatsache, daß regelmäßig die im Bauch zurückgebliebene Darmschlinge schwere Veränderungen zeigt, während die Bruchsackschlingen mehr oder weniger intakt sind. Eine Reihe von Hypothesen, zum Teil basierend auf experimentellen Untersuchungen, hat man zur Erklärung aufgestellt, die doppelte Einschnürung, falls das der intraabdominellen Schlinge zugehörige Mesenterium mit in den Bruchsack hineingezogen ist, ferner Torsion des Mesenteriums, Einklemmung der zuführenden Arterie (bei bestimmten Darmregionen), Stagnation des Darminhaltes in der Verbindungsschlinge. Auf Grund einer Sektionsbeobachtung erklärt sich Verf. den Mechanismus folgendermaßen: Wenn die beiden Bruchsackschlingen den Bruch-

ring passieren, so wird der Inhalt nach der Bauchhöhle zu ausgestreift, die Verbindungsschlinge füllt sich stärker mit Darminhalt. Zieht man nun die beiden Bruchsackschlingen immer weiter heraus, so kommt ein Moment, wo die Verbindungsschlinge so stark gefüllt ist, daß kein Darm mehr folgt; doch läßt sich das die Verbindungsschlinge versorgende Mesenterium noch weiter herausziehen. Die Schädigung der intraabdominellen Darmschlinge ist also teils auf eine Stauung des Darminhaltes, teils auf eine Ernährungsstörung infolge von Kompression des zugehörigen Mesenteriums zurückzuführen. *Ströbel* (Marktredwitz).

Magen, Dünndarm:

Loeper, M., et M.-E. Binet: Le cytodiagnostic de l'estomac. (Die Cytodiagnostik des Magens.) Arch. des malad. de l'appar. dig. et de la nutrit. Jg. 8, Nr. 4, S. 181—210. 1914.

Die Autoren haben zahlreiche weitere klinische Untersuchungen angestellt mit ihrer im Jahre 1911 veröffentlichten Methode. In den durch einmaliges oder — bei Stase — mehrmaliges Auswaschen mit destilliertem Wasser gereinigten Magen werden ca. $^1/_4$ l physiologische Kochsalzlösung kurz eingegossen und wieder ausgehebert und auf den Zellgehalt untersucht. Die Prozedur muß besonders vorsichtig ausgeführt werden. Im Zentrifugat des Sediments findet man bei normalem Magen höchstens einige Pflasterepithelien. Bei den Dyspepsien erlaubt die Cytodiagnostik die Unterscheidung von rein funktionellen und organisch bedingten Störungen. Im letzteren Fall findet man Schleim oder übermäßige Bildung und Abstoßung von Zellen der Magenschleimhaut oder Auswanderung von Leuko- und Erythrocyten; jedoch ist es vorläufig noch unmöglich, einen bestimmten Zusammenhang zwischen diesen Befunden und den klinischen Erscheinungen aufzustellen. Die Diagnose des latenten und manifesten Ulcus (wenig stark angedaute Epithelien, viele Leukocyten und wechselnde Menge von Erythrocyten)wird durch die Cytologie gesichert. Bei Ulcuscarcinom und Carcinom konnte in einer ganzen Reihe von Fällen durch Nachweis der charakteristischen Zellen die richtige Diagnose gestellt werden, und zwar früher als mit allen anderen Methoden. *Schlippe* (Darmstadt).[M]

Borszéky, Karl: Divertikelbildung am Magen durch peptisches Geschwür. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 41, Nr. 23, S. 969—971. 1914.

Hat ein Magenulcus die Serosa erreicht, so kann diese divertikelartig vorgebuchtet werden. Verf. hat diese bisher nicht bekannte Beobachtung in zwei Fällen gemacht, die Divertikelbildung war walnuß- und apfelgroß. Es bestand typische Ulcusanamnese, so daß ein angeborenes Leiden abzulehnen war. Symptome, Röntgenbild gaben keinen sicheren Anhalt für die Diagnose. Therapie: Gastroenterostomie und Einstülpung des Divertikels mit Übernähung. *Eugen Schultze* (Berlin).

Holt, L. Emmett: Duodenal ulcers in infancy. (Duodenalulcus beim Kinde.) Transact. of the Americ. pediatr. soc. Bd. 25, S. 53—68. 1914.

Bis jetzt sind 91 Fälle veröffentlicht, davon die meisten erst in den letzten Jahren. Das Ulcus duodeni ist häufiger als das Magenulcus. Die meisten Fälle sind zwischen der 6. und der 10. Woche beobachtet. Prädisponierend wirken allgemein herabgesetzte Lebensfähigkeit und vorausgegangene Ernährungsstörungen. Der Sitz des Geschwürs ist meist an der Hinterwand des Duodenums, dicht unterhalb des Pylorus. $^1/_3$ der Fälle zeigt während des Lebens keine Symptome; bei andern tritt plötzlicher Tod im Kollaps ein, nachdem gastrointestinale Symptome vorhergegangen sind oder nicht (bei der Sektion zum Teil ausgedehnte Darmblutungen gefunden), oder es kommt zu akuter Perforation mit beginnender Peritonitis ohne die Symptome der letzteren. Tod meist nach einigen Stunden. Praktisch wichtig ist die auftretende Blutung entweder als Blutbrechen oder Blutstuhl. Zur Diagnosenstellung dunkler Fälle empfiehlt Holt die Anwendung des Duodenalkatheters, mit dem man eine Blutung feststellen kann. Eine einmal aufgetretene Blutung hält meist bis zu dem bald erfolgenden Tode an. Bei Symptomen von Pylorusstenose soll man an Duodenalulcus denken. In weitaus den meisten Fällen wurde die Diagnose erst

bei der Autopsie gestellt. Behandlung: intern symptomatisch, chirurgisch bis jetzt in den meisten Fällen nicht ratsam. Besprechung von 4 eigenen Fällen und kurz einigen Fällen der Literatur. *Bernard* (Halle).

Schiller, Max: Über einen klinisch und histologisch eigenartigen Fall von primärem Magensarkom. (*Jüd. Krankenh., Berlin.*) Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 20, H. 2, S. 179—191. 1914.

Verf. berichtet über einen eigentümlich verlaufenen Fall von Sarkom des Magens. Vor allem bestand die Eigentümlichkeit darin, daß der Tumor 9 Jahre bestand, ohne nennenswerte Erscheinungen von seiten des Magens zu machen, bis ca. 7 Wochen vor dem Tode des Pat. Es bestand mäßiges Fieber, dem ein Schüttelfrost vorausgegangen war, Appetitlosigkeit, bei normalem Befund nach Probefrühstück. Röntgenuntersuchung sprach für Freisein des Magens. Alles sprach für die Leber als Sitz der Erkrankung. Bezüglich der Art des Tumors schien alles für einen gutartigen Tumor zu sprechen. Echinokokkus konnte mit Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Da das Fieber einen remittierenden Verlauf zeigte, eine Vermehrung der Leukocyten auf 12 700 im Kubikzentimeter nachgewiesen wurde, die Haut über der Geschwulst Rötung und Schwellung zeigte, keine Anhaltspunkte für Lues da waren, etwas Fluktuation vorhanden war, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf „Abseß auf unbekannter Basis" gemacht. Die Operation, resp. Obduktion zeigte einen kindskopfgroßen fleischigen Tumor, der mikroskopisch als Sarkom sich darstellte. Der Tumor saß, an der Kardia beginnend, längs der kleinen Kurvatur und endete ca. 10 cm vor dem Pylorus. Die Magenschleimhaut war bis auf eine kleine Stelle in der Mitte der kleinen Kurvatur intakt. Die Leber und Pankreas zeigten nur Verklebung, nicht Verwachsung. Besprechung der bisher beschriebenen Fälle und eingehende, mit instruktiven Zeichnungen belegter Bericht über die genaue mikroskopische Untersuchung, die auch manches Eigenartige bietet. *von Gintl* (Karlsbad).

Wurmfortsatz:

Serck, A.: Aktinomykose des Coecums und der Appendix nebst Betrachtungen über die Komplikation der Appendicitis mit der Gravidität, ihre Diagnose, Therapie, Prognose. (*Chirurg. Klin., Freiburg.*) Dissertation: Freiburg 1914. 42 S.

Frau von 38 Jahren. Im 5. Monat gravid. Erkrankung mit heftigen Leibschmerzen. Abort. Dauernd Fieber. Ausschluß einer Puerperalerkrankung. Perityphilitis? Cholecystitis? Nach 6 Wochen fieberfrei. Erneutes Fieber und Auftreten einer kleinen Bauchdeckengeschwulst. Incision: Aktinomykose. Exitus. Eintrittspforte unbekannt. Auch der Wurmfortsatz erwies sich bei der Obduktion als aktinomykotisch infiziert. Über den zweiten Teil seines Titelthemas bringt Verf. nichts Berichtenswertes. Kasuistik. *Colin* (München).

Gosset, A., et P. Masson: Tumeurs endocrines de l'appendice. (Endokrine Geschwülste des Wurmfortsatzes.) Presse méd. Jg. 22, Nr. 25, S. 237—240. 1914.

Klein, in dieser Hinsicht den Dünndarmgeschwülsten ähnlich, sind die Appendixtumoren, die als rundzellige Sarkome (Warren, Paterson), als Endotheliome (Kelly) bezeichnet wurden, ein zufälliger Operations- oder Obduktionsbefund; sie rezidivieren oder verallgemeinern sich selten und sind wenig bösartig (in 6 auf 100 Fällen nach Batzdorff). Histologisch sind sie epithelialer Natur, sie haben ihren Ursprung in der Mucosa und liegen teilweise wenigstens in der Fläche der Drüsen und bestehen aus anastomosierenden und sich durchkreuzenden Strängen von kleinen polygonalen Zellen. In beiden in extenso beschriebenen Fällen der Verff. hat sich der Tumor zwischen Mucosa und Chorion des Fundus des Wurmfortsatzes entwickelt. Besondere Merkmale sind: Regelmäßige Anordnung der Zellen, Granula und Vakuolen. Die Schlußfolgerung dieser Arbeit ist, daß man die Gruppe der Wurmfortsatzkrebse in zwei Kategorien einteilen muß, wovon die erste das gewöhnliche zylindrische Darmepitheliom enthält, die zweite Adenome, „Carcinoide" aufweist, welche die Silberreaktion als der endokrinen Drüse verwandt zeigt. Scheinbar selten, sind diese Neubildungen wahrscheinlich viel häufiger als man denkt und sollten überall im Darme angetroffen werden, wo das endodermische Epithelium argentaffine Zellen enthält. 8 figürliche Darstellungen erläutern den Text. *Pavlos Ar. Petridis* (Alexandrien).

Dickdarm und Mastdarm:

Paterson, Herbert J.: Intestinal stasis in relation to gastric symptoms. (Intestinalstase in bezug auf gastrische Symptome.) Internat. journal of surg. Bd. 27, Nr. 4, S. 113—116. 1914.

Wenn auch eine Erklärung noch aussteht, Tatsache ist, daß nach operativer Be-

seitigung der Intestinalstase eine große Reihe zum Teil hochgradiger Beschwerden beseitigt werden. Dieselben werden einmal durch die mechanische Obstruktion, andrerseits durch die Resorption von Toxinen hervorgerufen. Infolge Abknickung des Darmes durch die Laneschen Bänder kommt es zur gastrointestinalen Stase mit Bildung von Ulcera, so daß die Erkrankung unter dem Bilde des Magen- oder Duodenalgeschwürs verläuft; freilich ist auch oft die chronisch entzündete Appendix die Ursache. (Gastralgia appendicularis.) In beiden Fällen konnte durch Beseitigung der einschnürenden Stränge oder durch die Appendektomie die vorher fehlende Salzsäuresekretion des Magens wieder angeregt werden. Da es bei der chronischen Appendicitis auch zu toxischen Magenblutungen kommen kann, läßt sich erklären, warum früher so oft eine Fehldiagnose auf Magenulcus gestellt wurde. In einem Falle war unstillbares Erbrechen durch eine Abknickung des Magens durch das stark gefüllte Kolon veranlaßt worden. Erwiesen ist eine Intestinalstase, wenn zwei Teelöffel Holzkohle nach 60—100 Stunden noch nicht im Stuhl erschienen sind. — Behandlung: Appendektomie; Durchtrennung der Laneschen Bänder; doch sei man mit ausgedehnteren Abtrennungen vorsichtig, mache lieber eine Ileocolostomie. *Rittershaus* (Düsseldorf).

Van Valzah Hayes, William: A few signs helpful in the diagnosis and management of chronic intestinal stasis, with some suggestions as to treatment. (Einige nützliche Winke für die Diagnose der chronischen Darmstasis und Ratschläge hinsichtlich ihrer Behandlung.) Internat. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 134—136. 1914.

Mangels der Möglichkeit röntgenologischer Untersuchung ist es für den Arzt von großer Wichtigkeit Hilfsmittel zu kennen, welche die Diagnose chronischer Darmstasis erlauben. Die von Hayes angegebene Methode palpatorischer und perkutorischer Untersuchung geht von der Voraussetzung aus, daß oberhalb einer durch Kotmassen abgesperrten Darmpartie sich größere Mengen von Darmgasen ansammeln müssen. Bringt man die Bauchwand durch Druck der Finger dem Duodenum möglichst nah, so lassen sich alle drei Abschnitte genau perkutorisch feststellen. Ist der Umriß der erhaltenen Figur breiter als 2—3 Finger, so handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Stauung im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis. Legt man weiterhin die Hand flach unterhalb des Nabels auf und drückt nach oben und hinten, so treten die Gase meist hörbar aus dem Duodenum aus. Die nachfolgende Perkussion zeigt dann die normale Breite des Duodenalumrisses. Besteht regelmäßig Tympanie über dem Ileum so handelt es sich um Stasis durch Lanes kink, pericolitische Verwachsungen, Coecum mobile oder Insuffizienz der Valvula ileo-coecalis. Drückt man das Ileum leicht nach oben, so treten die Gase alsbald in das Colon über. Eine bestehende Insuffizienz der Valvula ileo-coecalis läßt sich dadurch demonstrieren, daß man mit dem Kleinfingerrand der linken Hand einen Druck auf das Colon ascendens ausübt und die rechte Hand prüfend in der Coecalgegend auflegt. Ist die Klappe insuffizient, so merkt man deutlich, wie die Gase aus dem Colon ascendens proximalwärts entweichen. Hinsichtlich der Behandlung hält Hayes nicht nur diätetische und medikamentöse Verordnungen für zweckdienlich, sondern empfiehlt auch Bandagenbehandlung, stets aufrechte Körperhaltung, Körperbewegung, Sport und ev. Bauchmassage und Darmspülungen.
Saxinger (München).

Machell, Henry T.: Hirschsprung's disease or congenital dilatation of the colon in a boy of three years; resection of colon; recovery. (Hirschsprungsche Krankheit oder kongenitale Dilatation des Coecum bei einem 3jährigen Knaben. Kolonresektion. Heilung.) Transact. of the Americ. pediatr. soc. Bd. **25**, S. 91 bis 100. 1914.

Der erste Stuhlgang war bei dem Knaben erst 3 Tage nach der Geburt aufgetreten und von da an nur auf Klistiere und Abführmittel. Zeitweise erfolgte 6 Wochen lang kein Stuhlgang. Allgemeinsymptome wie Kopfschmerzen, Krämpfe gewöhnlich nicht vorhanden; zeitweise Anfälle von Leibschmerzen mit sichtbarer Peristaltik, die gewöhnlich 5 Tage anhielten, dabei Erbrechen und Nahrungsverweigerung. Kurz vor der Operation mehrere solcher Attacken, die das Kind sehr elend gemacht hatten. Schnitt in der Mittellinie des Leibes. Das stark geblähte Coecum drängt sich aus der Wunde heraus. Abklemmen des Darmes 7,5 cm oberhalb des Coecum und 18 cm oberhalb des Anus. Resektion des Kolon und Vereinigung des Ileum mit dem bleibenden Kolonrest durch Seit-zu-Seitanastomose. Einführen eines dicken Drains durch das Rectum in den Dünndarm. Drainage der Bauchhöhle, die nach 2 Tagen entfernt wurde. Irgendwelche Abknickungen usw., die zu der Erweiterung des Darmes hätten führen können, konnten bei der Operation nicht gefunden werden. Nachbehandlung mit Paraf.

liquid. per os. Stuhl am Tag nach der Operation 2 mal, später 1 mal. Diarrhöe trat nach der Kolonresektion nicht auf. Interessant ist, daß die Mutter einem zweiten Kinde das Leben schenkte, das nach 15 Tagen an derselben Erkrankung zugrunde ging. Die Mortalität der Kolonresektion, die der Operateur (Lane, London) hat, beträgt 1 Todesfall auf 16 Operationen. *Bernard* (Halle a. S.).

Schwartz, Anselme: L'entérite et le cancer du colon. (Enteritis und Kolonkrebs.) Paris méd. Jg. 4, Nr. 26, S. 640. 1914.

An der Hand von 2 praktischen Fällen warnt Verf. davor, bei wiederholten Magendarmkrisen und bei Abgang von Blut im Stuhl leichtsinnig die Diagnose Enteritis zu stellen, während bei beiden Fällen ein großes Carcinom des Kolons vorlag. *Valentin.*

Milz:

Souligoux, Ch.: Hématome sous-phrénique gauche d'origine splénique. Mort par hémorragie nouvelle après rupture de la capsule externe de la rate. (Linksseitiges subphrenisches, der Milz entstammendes Hämatom. Tod durch neuerliche Blutung nach Berstung der Milzkapsel.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 19, S. 646—649. 1914.

34jähriger Mann erkrankt unvermittelt unter vehementen Schmerzen im Thorax, links unten; diese Gegend bleibt empfindlich, während im übrigen Brust und Bauch nichts Auffallendes zeigen. Drei Wochen nachher wegen sich vergrößender Beschwerden und Temperaturanstieges ins Spital gebracht verfällt er plötzlich in schwersten Kollaps (innere Blutung). Laparotomie: Bauchhöhle erfüllt mit dunkelbraunem, sehr übelriechendem Blut und frischen Gerinnseln; die an ihrer konvexen Fläche der Kapsel beraubte Milz wird als Blutungsherd erkannt und exstirpiert, ohne Erfolg. Die Sektion ergab außer chronischem Alkoholismus keinen Anhaltspunkt für das Zustandekommen des subkapsulären Milzhämatoms und den letalen Nachschub der Blutung. *Fieber* (Wien).

Routier, A.: Rupture de la rate. Déchirure de l'épiploon gastro-hépatique et du côlon ascendant. Hémorragie retardée. Splénectomie. Guérison. (Milzruptur, Zerreißung des Lig. gastrohepaticum und der Serosa des Colon ascendens. Spätblutung, Splenektomie, Heilung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 19, S. 642—646. 1914.

Betrifft einen 18jährigen Maurer, der, obwohl ihm ein Lastwagen quer über den Leib gegangen war, außer Hautabschürfungen keine Zeichen von Verletzung aufwies und nach mehr als einwöchiger Beobachtungsfrist schon das Spital verlassen wollte, als er auf eine unvorsichtige Bewegung hin unter heftigen Schmerzen im Abdomen neuerlich bettlägerig wurde. Auch jetzt noch war keine strikte Diagnose möglich. Bei der unter Verdacht auf Appendicitis vorgenommenen Probelaparotomie fand sich reichlich Blut in der freien Bauchhöhle, das vorwiegend aus einem Milzriß stammte, der durch vorgelagertes Netz gedeckt gewesen war. *Fieber* (Wien).

Harnorgane:

Gilson-Herman: Rupture traumatique du rein gauche. (Traumatische Ruptur der linken Niere.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **14**, Nr. 3, S. 78—80. 1914.

23jähriger Mann, der einen Hufschlag vom Pferde in das linke Hypochondrium erlitten hat. Starke Schmerzen in der linken Seite. Bauchdeckenspannung, blutiger Urin. Zunehmende Anämie. Freilegung der linken Niere, die in ein großes Hämatom eingebettet ist, Zertrümmerung des unteren Poles. Exstirpation der Niere, Wohlbefinden nach der Operation. Nach 5 Tagen Temperatursteigerung, die auf die Bildung einer Kotfistel zurückzuführen ist. Spontaner Verschluß der Fistel. *Jurasz* (Leipzig).

Strouse, Solomon, and Albert H. Beifeld: A case of so-called „renal diabetes", possibly traumatic in origin. (Ein Fall von sog. renalen Diabetes, vielleicht traumatischen Ursprungs.) (*Michael Reese hosp.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 17, S. 1301—1304. 1914.

Mitteilung eines Falles von typischem renalen Diabetes mit normalem Blutzuckergehalt. Der zufälligen Entdeckung des Traubenzuckers im Harn war ein Jahr vorher ein Schädeltrauma vorausgegangen. Im Lumbalpunktat fanden die Autoren keine blutdrucksteigernde Substanzen. Auf die Glykosurie war die Lumbalpunktion ohne Einfluß. *E. Neubauer.*[M]

Freeman, Rowland G.: The diagnosis and treatment of pyelitis in infancy. (Diagnose und Behandlung der Nierenbeckenentzündung im Kindesalter.) Transact. of the Americ. pediatr. soc. Bd. **25**, S. 15—20. 1914.

Die allgemeine Ansicht, daß die Pyelitis infantum eine mit hohen Temperatursteigerungen einhergehende Krankheit ist, die am besten durch Alkalien und kleine Urotropingaben behandelt wird, ist dahin richtig zu stellen, daß die Krankheit auch ohne höhere Temperaturen verlaufen kann; bei diesen Fällen genügt die bisherige Behandlung. Bei schweren Fällen müssen für kurze Zeit hohe Dosen Urotropin unter steter Kontrolle auf mögliche Nierenschädigungen angewandt werden. Die Behandlung der Allgemeinerscheinungen verlangt die Anwendung von käuflicher oder selbst bereiteter Vaccine. Drei Krankengeschichten.

Ellermann (Danzig).

Weymeersch, A.: Pyélonéphrite gravidique guérie par auto-vaccin. (Schwangerschaftspyelonephritis durch Autovaccine geheilt.) Scalpel et Liége méd. Jg. **66**, Nr. 48, S. 775—777. 1914.

Es handelte sich um eine Frau bei der auch nach Entleerung des Uterus (Abort im 3. Monat) schwere Erscheinungen sich mehrfach nach scheinbarer Heilung der Kolipyelonephritis wiederholten. Eine Behandlung mit Autovaccine anfangs Injektionen von 50, 100, 150 und 200 Millionen in drei- bis viertägigen Abständen, dann solche von 250 bis 2000 Millionen steigernd in sechstägigen Abständen, im ganzen 10 Injektionen, brachte Heilung, derart, daß nach den letzten Injektionen im Urin sich keine Kolibacillen, wie doch sonst häufig noch trotz klinischer Heilung, mehr nachweisen ließen. *Ellermann* (Danzig).

Veil, W. H.: Die klinischen Erscheinungen der Cystennieren. Ein Beitrag zur Kenntnis der Nierenfunktion. (*Med. Univ.-Poliklin., Straßburg.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **115**, H. 1/2, S. 157—176. 1914.

Verf. weist an 3 Fällen von doppelseitigen Cystennieren nach, daß die häufig geäußerte Ansicht, das klinische und funktionelle Bild der Cystennieren decke sich mit dem der chronischen interstitiellen Nephritis, irrig ist. Die genaue Untersuchung und Beobachtung seiner 3 Patientinnen, bei denen übrigens das erwähnte Leiden als Nebenbefund erhoben wurde, ergab einen einheitlichen Symptomenkomplex, und zwar: 1. eine Herabsetzung der konzentrierenden Kraft der Niere unter Erhaltensein der diluierenden Kraft (Polyurie bei gewöhnlicher gemischter Kost, Normalurie bei kochsalz- und stickstoffarmer Kost, normale Ausscheidungsfähigkeit der Niere für Kochsalz, Stickstoff und Wasser, herabgesetzte Ausscheidungsfähigkeit für körperfremde Stoffe, wie Milchzucker, Jodkali, Phenolsulfophthalein), geringe Eiweißmengen im Urin ohne morphologische Elemente; 2. eine mittlere Blutdruckerhöhung, jedoch ohne klinisch oder röntgenologisch nachweisbare wesentliche Herzvergrößerung; 3. normale Konzentration, normalen osmotischen Druck und normalen Reststickstoffgehalt im Blut. Auch bei fehlendem oder undeutlichem Palpationsbefund muß der Symptomenkomplex, der sich bei keiner Nephritis findet, den Verdacht auf Cystenniere erregen. Für die Therapie ergibt sich aus den Untersuchungen des Verf. die Notwendigkeit, eine Ernährung, die wenig Harnschlacken bildet, zu verordnen. *Neupert* (Charlottenburg).

Hahn, Adolf: Drei Fälle von Paranephritis durch Nierensteinperforation. (*Krankenh. Hasenhaide, Berlin.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 753 bis 763. 1914.

Drei Fälle sekundärer, von der Niere ausgehender Paranephritis, die durch Perforation eines Steines durch die Wand des Nierenbeckens zustande gekommen waren. In dem 1. Fall handelte es sich um die chronisch-fibröse Form, in den zwei anderen um phlegmonöse Formen. Die Diagnose läßt sich mit Hilfe des Ureterenkatheterismus leicht stellen. Alle drei Fälle wurden durch Exstirpation der Niere geheilt. *Münnich* (Erfurt).

Marion, G.: Tuberculose rénale et constante d'Ambard. (Nierentuberkulose und die Konstante von Ambard.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 5, S. 589—594. 1914.

Mitteilung eines Falles von typischer einseitiger Nierentuberkulose mit schweren Erscheinungen (starker Hämaturie, Ödemen, Krämpfen, Polyurie und hochgradiger Herabsetzung der Blasencapacität — 15 g), wo die ausgeschiedenen Harnstoffmengen auf der gesunden Seite bei mehrfachen Untersuchungen wesentlich geringere Werte lieferten als auf der kranken. Auch die Konstante von Ambard ergab nur einen mäßigen Wert (0,130). Trotzdem günstiger Krankheitsverlauf nach Entfernung der erkrankten Niere. *Münnich* (Erfurt).

Legueu: Die Grenzen der Nephrektomie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, H. 6, S. 434 bis 439. 1914.

Wir können eine erkrankte Niere exstirpieren, wenn die Funktionsprüfung der anderen Niere ergeben hat, daß diese täglich 25—30 g Harnstoff auszuscheiden imstande ist. Das Maximum des Harnstoffes in 24 Stunden berechnen wir aus der maximalen Wasserausscheidung und der Maximalkonzentration. Sehr niedrige Zahlen sprechen nicht gegen eine Nephrektomie, da außergewöhnliche Verhältnisse vorliegen können, die die Zahl herabdrücken. Es muß daher vor allem die ureosekretorische Konstante bestimmt werden, aus der sich Schlüsse über die Maximalkonzentration ableiten lassen. Verf. weist vor allem auf den hohen Wert der „Konstante" (Beziehung des Harnstoffgehaltes des Blutes zu dem des Urins) für die Nierenfunktionsprüfung hin. Die Nieren sind wenig verändert, wenn die „Konstante" unter 0,100 ist. Ist die Konstante 0,120 und darüber, so ist ein Nephrektomie nicht auszuführen oder nur unter gewissen Bedingungen und Erwägungen.

Oehlecker (Hamburg).

Hagentorn, Al.: Ein Beitrag zur Operation der Blasenektopie. (*Städt. Krankenh., Kowno, Rußl.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **128**, H. 3/4, S. 387—390. 1914.

Vorschlag einer Querdurchtrennung des unteren Ileums und Einpflanzung des zentralen Ileumstückes in das Coecum. Das pheripere Ileumstück wird als Blase verwandt, die Ureterenmündungen in dieser eingepflanzt. Plastische Bildung der Genitalien und Herstellung eines willkürlichen Blasenverschlusses durch einen Rectusschlitz. Am Lebenden ist das Verfahren noch nicht angewendet worden. *Jehn* (Zürich).

Bollag, Karl: Beitrag zur Kenntnis der Blasengeschwülste. Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. **14**, Nr. 16, S. 605—610. 1914.

Abgesehen von dem Vorkommen der Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern und bei der Bilharziakrankheit, ist über die Ätiologie der Blasentumoren nichts Erwähnenswertes bekannt. Sie kommen beim männlichen Geschlecht sehr viel häufiger vor als beim weiblichen. Nach einer Schweizer Statistik, welche sich über einen Zeitraum von 5 Jahren erstreckt, beträgt die Häufigkeit des Todes an Blasencarcinom 1,3% aller an Krebs Gestorbenen, davon wurde in 70,9% das männliche, in 29,1% das weibliche Geschlecht befallen. Die Häufigkeit des Blasencarcinoms nimmt mit dem höheren Alter stetig zu. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Marion, G.: Résultats éloignés des urétrorraphies circulaires suivies de dérivation dans les ruptures et les rétrécissements traumatiques de l'urètre. (Fernresultate zirkulärer Harnröhrennaht mit nachfolgender Harnableitung bei Zerreißungen und traumatischen Verengerungen der Harnröhre.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 5, S. 553 bis 562. 1914.

Das Verfahren besteht darin, daß nach zirkulärer Naht der Urethra die Ableitung des Harns für etwa 10 Tage durch eine subrapubische Blasenfistel geschieht. Es soll wegen der leichteren Ausführbarkeit auch infolge der Harnretention zunächst die Blasenfistel angelegt werden, da unter Umständen ja auch zur Auffindung des zentralen Endes der Urethra bei Zerreißungen der Katheterismus posterior notwendig werden könne. Die Cystostomie soll nicht mehr als 3 cm lang sein. Dann wird vom Damm aus die Stelle der Zerreißung freigelegt, beziehungsweise die Striktur reseziert, die zerfetzten Bänder bei Zerreißungen angefrischt und die Harnröhre um eine tunlichst dicke Sonde möglichst exakt vernäht. Marion hat früher zur Ableitung des Harns statt der hohen Blasenfistel eine Urethrostomie oberhalb der Stelle der Zerreißung benutzt, diese aber aufgegeben wegen der einfacheren Ausführbarkeit der Cystostomie, der möglichen Strikturbildung bei der Urethrostomie, der nach Cystostomie niemals eingetretenen Fistelbildung und auch wegen des von der Cystostomie aus möglichen Katheterismus posterior. Bei der Cystostomie soll die Schleimhaut nicht an die Haut angenäht werden. Die Anfrischung der Urethra soll nicht zu ausgedehnt sein; um die Urethra selbst möglichst vom Zug zu entlasten, sollen die Urethraenden durch paraurethrale Nähte genähert werden. Die Haut soll über der Urethrotomie nicht geschlossen werden. Bei der Nachbehandlung soll zunächst vor allen Manipulationen an der Urethra deren völlige Heilung abgewartet werden. Unter Umständen

ist zur Schließung der Blasenfistel kurzdauerndes Einlegen eines Dauerkatheters notwendig. Bougierungen sind nicht notwendig. „Je mehr die Urethra in Ruhe gelassen wird, um so besser sind die Aussichten auf Erhaltung der Durchgängkeit." Vor der längeren Anwendung des Dauerkatheters wird eindringlich gewarnt. 10 Krankengeschichten mit Angabe der Dauerresultate. In sämtlichen Fällen war bei Nachuntersuchungen nach sechs Monaten bis drei Jahren keine Spur einer Verengerung an der Harnröhre nachzuweisen, wohl mitunter eine Abknickung an der Stelle der Naht, die aber keine funktionellen Erscheinungen gemacht hat. Bei den in dieser Arbeit sonst nicht berücksichtigten entzündlichen Strikturen sind die Resultate wegen ihres häufig multiplen Vorkommens nicht so einwandsfrei. *Ellermann* (Danzig).

Leyberg, J.: Beiträge zu Störungen der Urogenitalfunktion bei Erkrankungen der hinteren Harnröhre, insbesondere des Colliculus seminalis. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, H. 5, S. 376—388. 1914.

Zur Freilegung der Urethra posterior für diagnostische und therapeutische Zwecke steht zunächst die alte „trockene" Methode mittels des einfachen Urethraltubus zur Verfügung. Sie hat den Nachteil, daß die Einstellung der Gegend zwischen Colliculus seminalis und innerem Sphincter sowie des Sphincterrandes selbst oft nicht gelingt, daß ferner herabrieselnder Urin und die meist nicht ganz zu vermeidende Blutung die Besichtigung sehr stören, und daß schließlich die Feinheiten der Schleimhautoberfläche und die auf ihr etwa sitzenden Gebilde sich der Erkennung entziehen. Diese Mängel beseitigt das Goldschmidtsche Irrigationsurethroskop, das der Ergänzung durch die trockene Methode aber nach wie vor bedarf, soweit es sich um die Feststellung pathologischer Zirkulationsverhältnisse, der Farbe und Konsistenz der zu untersuchenden Objekte handelt. Zur Ausführung lokalisierter Pinselungen und galvanokaustischer Ätzung genügt der einfache endoskopische Tubus vielfach. Die von Goldschmidt angegebenen Instrumente sind kompliziert, nicht ganz leicht zu handhaben und relativ kostspielig. Einen wesentlichen Fortschritt bedeutet hier das von E. Wossidlo angegebene Operationsurethroskop. Zur Illustration der schönen Erfolge, welche mit dem genannten Instrumentarium in Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Urethra post. zu erreichen sind, führt Verf. vier Fälle seiner eigenen Praxis an. Sie haben alle das Gemeinsame, daß teilweise recht schwere Störungen der Potenz und des Mixtionsaktes verbunden mit mehr oder weniger quälenden Sensationen sich auf anatomische Veränderungen der Urethra post. zurückführen und durch Behandlung dieser mittels 20 proz. Argentumätzungen oder Galvanokaustik beseitigen ließen. Einzelheiten der ausführlichen Krankengeschichten, sowie farbige Illustrationen zu ihnen müssen im Original eingesehen werden. *Schultze* (Posen).

Männliche Geschlechtsorgane:

Cabot, Hugh: The operative treatment of prostatic hypertrophy. (Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 10, S. 260 bis 268. 1913.

Trotz der großen Produktion von Publikationen über dieses Thema hält Cabot die Diskussion noch keineswegs für abgeschlossen, denn nicht nur hinsichtlich der anatomischen Verhältnisse, sondern auch bezüglich der Indikationsstellung und der Verwertbarkeit der einzelnen Methoden herrschen noch weitgehende Meinungsverschiedenheiten. Die Prostata besteht aus einem mittleren, einem hinteren und zwei seitlichen Lappen. Der sog. vordere Lappen verschwindet bereits im Fötalleben. Nach den Feststellungen von Tandler und Zuckerkandl ist es eigentlich nur der Mittellappen, der hypertrophisch wird, während der hintere Lappen fast ausschließlich den Ausgangspunkt der Carcinome darstellt. Die anatomische Kapsel der Prostata wird von der Fascia pelvis gebildet, das dagegen, was vom Chirurgen im allgemeinen als Kapsel der hypertrophischen Prostata verstanden wird, ist nichts anderes als nicht hypertrophisches Prostatagewebe, das unten und seitlich dick, oben aber sehr dünn ist. Das hypertrophische Gewebe setzt sich von seiner Kapsel deutlich fühlbar ab. Bei der perinealen Prostatektomie kommen zwei Modifikationen in Betracht: die ältere intraurethrale und die von Joung angegebene transprostatische Enucleation. Die letztere führt durch den hinteren Lappen, schont die Ductus ejaculatorii und erlaubt das Arbeiten unter Kontrolle des Auges; sie erfordert allerdings eine ausgebildete Operationstechnik. C. konnte an einer großen Reihe mi-

kroskopischer Präparate feststellen, daß bei der suprapubischen Methode lediglich die hypertrophische Partie ebenfalls mit Schonung der Ductus ejaculatorii entfernt wird. Durch das nach hinten gerichtete Wachstum der hypertrophischen Prostata erfährt die Pars prostatica der Urethra eine derartige Verlängerung, daß nach der Enucleation sehr bald eine Regeneration der Harnröhrenschleimhaut eintritt. Die suprapubische Methode stellt so aller Erfahrung nach die anatomisch korrekte Methode dar. Sie bietet namentlich den Vorteil, daß die Sphincteren, das Rectum und andere benachbarte Gewebe keine Läsion erfahren und daß die funktionellen Resultate weit besser sind. Freilich stellt sich die Mortalität bei der perinealen Enucleation etwas geringer. Dagegen ist sie, gleichviel welche Modifikation Anwendung findet, technisch schwieriger. Dazu kommt, daß Verletzungen der Sphincteren usw. sowie Dammfisteln nach ihr keineswegs zu den Seltenheiten gehören. Die perineale Methode, besonders die von Proust angegebene, kommt lediglich in Betracht, wenn die suprapubische kontraindiziert ist. Da bei der letzteren Methode die meisten Todesfälle auf Blutverlust zurückzuführen sind, so will Hugh den Versuch machen, der Blutung durch direkte Ligatur zu begegnen. *Saxinger* (München).

Kemble, Adam: Chronic prostatitis. (Über die chronische Prostatitis.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 20, S. 887—889. 1914.

In der Mehrzahl der Fälle ist die chronische Prostatitis eine Folge einer früheren gonorrhoischen Infektion. In den 50 von Kemble behandelten Fällen ließ sich 32 mal eine solche anamnestisch nachweisen. Nach den Mitteilungen von Hichens und Brown kommt allerdings dem Gonokokkus nicht die früher angenommene direkte Bedeutung zu, sondern es handelt sich fast durchwegs um Mischinfektionen unter Prävalieren der verschiedenen Staphylokokkenarten, des Streptokokkus und von Stäbchenbakterien diphtheroiden Charakters. Chronische katarrhalische Entzündungen und Reizzustände infolge von Mastubation, geschlechtlichen Erregungen usw. bilden eine Prädisposition. Der entzündliche Prozeß kann die parenchymatösen und periacinösen Elemente in gleicher Weise ergreifen. Meist kommt es in den Drüsenacini zur Desquamation mit verschieden starker Einwanderung von Leukocyten. Durch Dilatation der Drüsenacini tritt nicht selten Druckatrophie der benachbarten Muskelfasern ein. Eine isolierte chronische Prostatitis ist kaum denkbar, denn die Entzündung geht in allen Fällen auf die Samenblasen, die Ampullen und die Vasa deferentia über. Der Symptomenkomplex bei Prostatitis ist außerordentlich variabel. Prostatorrhöe, Samenfluß, vorzeitige Ejaculation, Impotenz, Hodenschmerzen, Schmerzen im Darm, in den Lenden und den Schenkeln, Dysurie und andere Harnbeschwerden sowie neurasthenische Symptome können in den verschiedensten Kombinationen auftreten. Die sexuellen Symptome sind eine Folge von Entzündung des Colliculus seminalis. Die Prostatamassage hält Kemble für das „Bollwerk aller Therapie", wenngleich Freyer sie als „abgeschmackt und gefährlich" erklärt. Durch die Massage werden nicht nur die eiterigen Sekrete schnell entleert, sondern es wird dadurch auch eine Hyperämie von hoher Heilwirkung erzielt. K. berichtet über mehrere ganz eklatante Erfolge, die er durch die Massage erzielte. *Saxinger* (München).

Corner, Edred M.: Further experiences in the treatment of imperfectly descended testicles. (Weitere Erfahrungen in der Behandlung des unvollständigen Descensus testiculi.) Brit med. journ. Nr. 2786, S. 1120—1121. 1914.

Wenn beim unvollständigen Descensus anzunehmen ist, daß der Testis nicht mehr hinabsteigt, das ist im Alter von etwa 7 Jahren, oder wenn gleichzeitig eine Hernie besteht, rät Verf., nicht mit der Operation zu warten. Die Operation besteht entweder in der einfachen Abstreifung des Bruchsackes, um das Hinabtreten des Testis zu ermöglichen, der sog. Orchidoplastik, oder in der Orchidopexie, der Orchidektomie oder der Orchidocoelioplastik, d. i. der Rückverlagerung in die Bauchhöhle. Von der Orchidopexie sieht Verf. fast ganz ab, da er sehr häufig die Erfahrung gemacht hat, daß sie die Atrophie des Hodens im Gefolge hat, und zwar oft noch nach zwei Jahren und in Fällen, in denen der Hoden in eine gute Lage gebracht werden konnte und nicht wieder, wie es oft geschah, ascendierte. Wenn er die Orchidoplastik nicht für aussichtsvoll hält, so verlagert er nach Möglichkeit den Testis in die Bauchhöhle, um die innere Sekretion zu erhalten, in der er praktisch den ganzen Wert des unvollständig hinabgetretenen Hodens erblickt. Eine maligne Entartung oder lebens-

bedrohende gonorrhoische Entzündungen eines so verlagerten Hodens hat er nicht beobachtet. Er empfiehlt diese Methode besonders bei doppelseitiger Erkrankung. Bei Patienten über 20 Jahren macht er gewöhnlich die Orchidektomie. Es gelangten zur Anwendung die Orchidopexie in 10% der Fälle, die Orchidocoelioplastik in 50% und die Orchidoplastik in 40%. Zum Schluß macht Verf. darauf aufmerksam, daß ein unvollständig herabgetretener Hoden zuweilen übersehen werde, wenn er durch einen gleichzeitig bestehenden Bruch hinabgedrängt sei. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Weibliche Geschlechtsorgane:

De Vreese, C.: Cure des prolapsus génitaux. (Behandlung des Genitalprolapses.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **14**, Nr. 3, S. 63—70. 1914.

Verf. empfiehlt eine ausschließlich operative Behandlung nach folgender Methode: Mediane Laparotomie; ausgiebiges Abschieben der Blase vom Collum uteri bis zur Vagina, um eine breite Wundfläche zu bekommen, welche mit dem unteren Winkel der Bauchwunde verkleben soll; zu diesem Zwecke wird auch das Peritoneum parietale im unteren Teil der Bauchwunde stumpf von den Recti abgelöst, heruntergeschlagen und ev. später an der Hinterfläche des suspendierten Uterus vernäht. Die Fixation des Uterus gegen die vordere Bauchwand erfolgt beiderseits durch je 2—3 Seidennähte, welche Aponeurose und Muskel der Bauchwand und die Seitenkante des Uterus durchsetzen; die Uteringefäße und die Uterussubstanz sollen dabei mitgefaßt werden. Nach Schluß der Bauchwunde folgt sofort eine ausgiebige hintere Colporrhaphie; die Scheide soll so weit verengt werden, daß nur ein Finger passieren kann. *Neupert* (Charlottenburg.)

De Beule: Rapport sur un mémoire de M. le Dr. De Vreese, d'Anvers, intitulé: „La cure des prolapsus génitaux". (Bericht über eine Arbeit von Dr. De Vreese, betitelt: Die Behandlung des Genitalprolapses.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **22**, Nr. 3, S. 51—54. 1914.

Referent hält es für unpraktisch, zuerst die Laparotomie und dann die Kolporrhaphie zu machen, weil man bei suspendiertem Uterus die Scheide nicht weit genug anfrischen und auch die Nähte nur schwer anlegen kann. Die Fixation des Uterus in die Bauchwand nach Anfrischung des Collum uteri und des unteren Wundwinkels ist seiner Meinung nach überflüssig, es genügt, den Uterus jederseits durch 3 Nähte an die Bauchwand anzuheften. Die Ablösung der Blase hat ferner den Nachteil, daß die Cystocele durch die Suspension des Uterus nicht beeinflußt wird, weil die Blase nach der Abschiebung dem Zuge des Uterus nicht folgt. Zur definitiven Beseitigung der Cystocele ist außerdem noch eine vordere Kolporrhaphie unbedingt erforderlich, unter Umständen in Verbindung mit der Amputation der hypertrophischen Portio.

Neupert (Charlottenburg).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Grant, W. W.: The treatment of blood-vessel injuries. (Die Behandlung von Blutgefäßverletzungen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 532—535. 1914.

Verf. empfiehlt bei Verletzung von größeren Gefäßen im speziellen der Axillar-, Brachial-, Popliteal- und Femoralgefäße möglichst die Gefäßnaht anzuwenden, da bei Ligatur die Gefahr einer Gangrän droht. Besteht starker Schock, so muß mit dem Eingriff, soweit es angängig ist, gewartet werden, bis der Pat. sich erholt hat. Der Eingriff soll womöglich in Lokalanästhesie erfolgen. *Jurasz* (Leipzig).

Lenormant, Ch.: Les gangrènes produites par le froid. (Die Kältegangränen.) Presse méd. Jg. **22**, Nr. 49, S. 469—470. 1914.

Chir.Kong. **Oser: Über die Dauerresultate bei Osteomyelitis.** 43. Kongr. d. Dtsch. Ges. f. Chirurg., Berlin 1914.

Vortr. berichtet über die Nachuntersuchungen bei 164 Fällen. Hiervon sah er 71 Rezidive, 48 Fälle mußten 4—5 mal operiert weiden, mit ihnen traten periodisch, oft auch noch nach vielen Jahren Rezidive ein. In der Mehrzahl der Fälle wurden als Ursache der Erkrankung Streptokokken, seltener Staphylokokken gefunden. Mit der Autovaccination wurden sichere Resultate nicht erzielt.

v. Bergmann-Riga teilt aus seiner großen Erfahrung einige Daten mit. Theoretisch

ist bei Osteomyelitis die Resektion des erkrankten Knochens die zweckmäßigste Operation. Bei schweren Fällen ist diese unbedingt erforderlich, bei der Osteomyelitis des Darmbeins sollte prinzipiell wegen der ungünstigen Prognose dieser Erkrankung die Resektion vorgenommen werden. Vortr. verfügt über die ungewöhnlich große Zahl von 100 Fällen dieser Erkrankung. 28 mal betraf sie die Beckenschaufel. Sämtliche Fälle wurden durch die Resektion geheilt. In 58 Fällen war das gesamte Darmbein erkrankt, hiervon wurden durch die Resektion mit Eröffnung des Gelenks 38 Fälle geheilt. 15 starben. Von 34 Fällen, bei denen die Resektion des Hüftgelenks notwendig wurde, starben 8. Bei 5 progredienten Fällen von Osteomyelitis wurde die halbseitige Resektion des Beckens mit Exartikulation des Hüftgelenks vorgenommen. In 35 nicht radikal operierten Fällen waren die Resultate am ungünstigsten. *Katzenstein* (Berlin).

Badin, Paul-Vital: Syphilis osseuse héréditaire tardive. (Hereditäre, spät auftretende Knochensyphilis.) Presse méd. Jg 22, Nr. 25, S. 240—242. 1914.

Verf. berichtet über einen Fall dieser Krankheit die zuerst von Lannelongue (1881) beschrieben und seitdem öfters angetroffen wurde, die aber bis jetzt noch nicht ganz genau bekannt ist. Ein junges Mädchen, 6 Jahre alt, zeigte im Alter von 13 Monaten eine Schwellung des rechten Kniegelenkes, und eine laterale Abweichung des rechten Beines, welche mit der Zeit deutlicher wurde, und nach einem Jahre als Genu valgum rachitischen Ursprungs diagnostiziert wurde. Jetzt ist ein befriedigender Ernährungszustand, ein ausgesprochenes Genu valgum und eine auffallende Verkürzung der rechten unteren Extremität, eine deutliche Atrophie des rechten Oberschenkels, und eine merkliche Vergrößerung des unteren Teiles des Femur zu konstatieren. Gleichzeitig ist der Condylus internus sehr geschwollen und zeigt an seiner Oberfläche kleine, harte, warzenartige und schmerzlose Knötchen; die Tibia zeigt dieselben Merkmale; Bewegungen des Kniegelenks möglich und schmerzlos. Ähnliche Erhebungen zeigen sich am oberen Teil des rechten Femur, an der linken Tibia und der 6. linken Rippe. Wassermannreaktion positiv. Nach einer 10 monatlichen Jodkali und Quecksilberbehandlung ist Wassermann negativ; Verkleinerung der erwähnten Knötchen und eine radiologisch nachweisbare Verminderung der Durchsichtigkeit der Knochen, sowie ein ausgesprochener Stillstand in der Weiterentwicklung der Krankheit ist konstatierbar. Ein spezielles Merkmal dieses Falles ist die vollkommene Schmerzlosigkeit. 44 radiologische Abbildungen.

Pavlos Ar. Petridis (Alexandrien).

Gilmour, A.: Hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy (Marie's disease.) (Hypertrophierende Osteoarthropathie pneumique [Marie].) Edinburgh med. journ. Bd. 12, Nr. 6, S. 527—533. 1914.

Pat. 9jähriger Sohn einer an Schwindsucht Verstorbenen zeigte als Säugling Spina ventosa der 4. Zehe, $4^1/_2$ Jahre alt eine tuberkulöse Gonitis, später Rezidive, Schwellungen an Fingern und Handgelenken, Zehen und Knöcheln. Beide Vorderarme sind jetzt im unteren Drittel verdickt, die Metacarpalknochen sichtbar verbreitert, so daß die Hand im ganzen sehr breit erscheint. Die Endphalangen sind trommelschlägelartig angeschwollen und etwas abgeplattet. Die Finger- und Daumennägel sind breit, krallig, auffällig dünn und weich. Unterschenkel im unteren Drittel, Füße und Zehen zeigen entsprechende Veränderungen. Es besteht eine erhebliche Kyphose in der Brustwirbelsäule ohne besondere Veränderungen an den Brustorganen. Er starb unter den klinischen Zeichen eines Meningitis. Verf. faßt das Krankheitsbild auf als eine „chronische Toxämie" auf „bakterieller Basis". *Ernst Schultze* (Berlin).

Roberts, Percy Willard: The practical management of chronic osteoarthritis. (Die praktische Behandlung der chronischen Osteoarthritis.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 19, S. 829—833. 1914.

Verf. empfiehlt die Behandlung der genannten Erkrankung mit Schilddrüsen- und Thymuspräparaten. *Lobenhoffer* (Würzburg).

Cayre, E.: Comment traiter les tuberculoses osseuses et articulaires? (Wie sollen Knochen- und Gelenktuberkulosen behandelt werden?) Rev. internat. de la tubercul. Bd. 25, Nr. 5, S. 283—288. 1914.

Kritische Betrachtung der im Verlaufe der letzten Jahre von den einzelnen Schulen empfohlenen und verfochtenen Behandlungsmethoden der chirurgischen Knochen und Gelenktuberkulose. Verf. kommt zum Schlusse, daß die meisten dieser Methoden Berechtigung haben, daß es aber bei der Vielgestaltigkeit der Erkrankung nötig ist, eine strenge Individualisierung walten zu lassen. Besondere Berücksichtigung verdient der Umstand, daß das Lebensalter ganz verschiedene Formen der Knochentuberkulose bedingt. Im einzelnen betont der Verf. die Notwendigkeit der Immobilisation für die Gelenktuberkulose und verwirft die Bewegungs-

therapie. Der Immobilisation wird am besten ein Gipsverband gerecht. Biersche Hyperämie kommt nur für infizierte Fälle in Betracht. Phänopunktion ist in erster Linie bei diffusen Knocheninfiltrationen und bei der Tuberkulose der kleinen Knochen indiziert. Modifizierende Injektionen sind bei allen synovialen Erkrankungen sowie bei Abscessen anzuwenden, jedoch nur dann, wenn das Gelenk leicht erreichbar ist, so daß Verf. das Hüftgelenk von dieser Behandlung ausschließt. Die von der Lyoner Schule empfohlene chirurgische Behandlung umschriebener aseptischer Herde besteht in einzelnen Fällen zu Recht. Die klimatische Behandlung ist in vielen Fällen nicht zu entbehren. Verf. zieht hierbei das Meer dem Gebirge vor, das nur bei fieberhafter Tuberkulose in Betracht kommt. Die Nordsee empfiehlt sich für reine Knochen- und Gelenktuberkulosen, während das Mittelmeer bei gleichzeitiger Visceraltuberkulose günstiger wirkt. Der übertriebenen Heliotherapie steht Verf. sehr zweifelnd gegenüber. *Strauß.*

Axhausen, G.: Die Entstehung der freien Gelenkkörper und ihre Beziehungen zur Arthritis deformans. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 581—679. 1914.

Axhausens zusammenfassende, auf seinen früher mitgeteilten experimentellen und klinischen Beobachtungen basierende Arbeit kommt zu dem Schlusse, daß analog dem Experiment sich gewisse „Vorstadien" der freien Gelenkskörper finden, bei denen sich unzweifelhaft feststellen lasse, daß die Nekrose des betreffenden Gelenksbezirkes infolge irgendeiner Schädigung das Primäre ist, dem erst sekundär Lösung und Abstoßung durch celluläre Substitution und subchondrale Dissection folge. An 2 eigenen Beobachtungen hat er den makroskopischen und mikroskopischen Befund studieren können zunächst für die noch in ihrer Lage fixierten Flächenarthrophyten (Büdinger), dann auch für die freien Flächenarthrophyten, an denen ebenfalls der Vorgang der cellulären Substitution, sowie das resorbierend andrängende, subchondrale, zellreiche Bindegewebe an der epiphysären Seite nachweisbar ist. Die eigentliche Abstoßung des abgegrenzten Gelenkkörpers aus dem Bette dürfte auf dem Wege eines leichten Traumas also als mechanische Lösung erfolgen oder als spontane Exfoliation, die durch seine allmähliche Verlagerung in das deckende Knorpelgewebe hinein durch die Tätigkeit des reorganisierten Knorpels sich vollzieht. — Die Schädigung eines Gelenkbezirkes, die zu solcher Nekrose führt, kann sein eine traumatisch-mechanische Kontinuitätstrennung mit nutritiven Störungen auch im Endarteriensystem des darunterliegenden Knochens: die Flächenarthrophyten des Kniegelenks dürften sich wohl in ihrer Mehrzahl auf traumatische Läsion der vorderen Kniegegend durch Stoß oder Fall auf die Patella, und durch Fortleitung der Gewalt von der Patella auf die darunterliegende, überknorpelte Femurfläche erklären. Die kausale Inanspruchnahme des Lig. cruciata lehnt er ab für die große Mehrzahl der Fälle wegen des mangelnden Zusammenhanges der Körper oder ihrer Defekte mit Ausläufern der Bänder. Ebensowenig läßt er die nichttraumatischen Zirkulationsstörungen — arteriosklerotische, syphilitische, embolische — ursächlich gelten. Konsekutive und gewöhnliche Arthritis deformans unterscheiden sich nicht wesentlich, sondern vielmehr nur graduell und numerisch. Die Gelenkkörperbildung ist anzusehen als die Lokalerscheinung, welcher die Allgemeinreaktion der als Arthritis deformans bezeichneten Allgemeinveränderung des Gelenkes parallel geht. Das Wesen des Vorganges, der die Reaktion auf die Knorpelschädigung darstellt, ist das gleiche. — Nach seinen Feststellungen empfiehlt er die Einteilung in traumatische und pathologische oder spontane Flächenarthrophyten. Therapeutisch ergibt sich daraus, daß die bisherige Extraktion der freien Körper dem Charakter der Erkrankung nicht genügend Rechnung trägt, indem die schädigende Ursache weiter fortwirken kann. Vielmehr ist freie Arthrotomie mit gründlicher Entfernung aller geschädigten Knorpelpartien erforderlich in allen Fällen von Gelenkkörperbildung wie von Arthritis deformans im jugendlichen Alter. *Ernst Schultze* (Berlin).

Singer, Gustav: Ätiologisches in der Rheumatismusfrage. Wien. med. Wochenschr. Jg. **64**, Nr. 22, S. 1193—1208. 1914.

In seinem ausführlichen Vortrag über die Geschichte der Rheumatismusätiologie betont Singer wiederum seinen Standpunkt, daß die akute Polyarthritis das Produkt der Infektion mit den verschiedenartigsten Erregern sei. Das sog. akute Gelenkrheumatismus geht hervor aus einer Infektion mit pyogenen Kokken, speziell Streptokokken und

gehört als Varietät zur großen Krankheitsfamilie der Pyämie. Er widerlegt klar und bestimmt die Gründe, die zur Annahme eines spezifischen bislang unbekannten Rheumatismuserregers geführt haben. Den aus der Wirksamkeit der Salicyltherapie hergeleiteten Beweis für die Spezifizität der Erkrankung hält er mit Klemperer nicht für stichhaltig und sieht dessen Vorzug in der Eigenschaft, in den Gelenkapparat und dessen umgebendes Gewebe ausgeschieden zu werden. Als einen Beweis für seine Auffassung führt er therapeutische Erfolge mit Elektragol an.
Ernst Schultze (Berlin).

Putti: Traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante. (Die blutige Therapie der Ankylosen.) Rev. d'orthop. Jg. 25, Nr. 3, S. 281—284. 1914.

Genaue Berücksichtigung der Ätiologie, ferner des Alters, der Psyche und der sozialen Verhältnisse des Patienten. Entzündliche Ankylosen erst mobilisieren, wenn der Entzündungsprozeß völlig ausgeheilt ist. Neben der Operation an den Kiefer-, Hüft- und Ellenbogengelenken empfiehlt Verf. auch die blutige Methode für Knie und Fußgelenk. Technik: Übersichtliche Eröffnung des Gelenkes, sparsame Resektionen, die nicht subperiostal sein dürfen. Vollständige Entfernung der Gelenkkapsel. Das beste Interpositionsmaterial sind freie Lappen aus der Fascia lata. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung bestehend in: Massage, Wärme, Hyperämie, Faradisation, Bewegungsübungen, Mediko-mechanik. *Weber* (München).

Obere Gliedmaßen:

Gimbel, M. F.: Über die Tumoren der Clavicula. Dissertation: Berlin 1914. 34 S.

Kasuistik von 137 Fällen aus der Literatur. Davon 7 Chondrome, 110 Sarkome, 12 Carcinome, 4 Strumametastasen. Mitteilung eines Falles (chirurgische Klinik, Charité Berlin). Der Fall ist auch im 27. Jahrgang der Charité-Annalen beschrieben. 10jähriger Knabe. Fall auf Schulter. 14 Tage später faustgroßer Tumor von unregelmäßiger, knolliger Oberfläche. Operation. Tumor mit dem ganzen Schlüsselbein entfernt. Diagnose: Periostales Spindelzellensarkom. $2^1/_2$ Monate später Rezidiv. Exitus. Therapie allgemein: Entfernung des ganzen Schlüsselbeins. Funktionsstörung trotz Größe des Eingriffs sehr gering. Prognose stets infaust.
Colin (München).

Chastenet de Géry, P.: L'épicondylalgie. (Die Epicondylalgie.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 87, Nr. 60, S. 984—986. 1914.

Bei Leuten, die angestrengt ihren Arm gebrauchen, z. B. Tennisspielern, Schuhmachern usw., treten, meist plötzlich, heftige Schmerzen in der Gegend des äußeren Condylus humeri auf, die mit einem Peitschenhieb zu vergleichen sind; die Schmerzen strahlen an der Seite entlang dem Vorderarm bis in die Finger aus; der Arm kann kaum mehr gebraucht werden, ist wie gelähmt. Druck auf die Stelle, wo der Schmerz entstand, Bewegungen im Ellbogengelenk, Pro- und Supination lösen die Schmerzen von neuem aus. Dieser Zustand kann wenige Tage bis zu 1 Jahr dauern; die Ursache ist unbekannt. Manche nehmen eine Muskelzerrung, vornehmlich des Supinator brevis, an, oder eine Bänderzerreißung, also überhaupt ein Trauma, andere subsumieren sie den rheumatischen Erkrankungen, Preiser glaubt, daß es sich dabei um Arthritis deformans des Capitulum radii handle, während wieder andere einen entzündlichen Zustand, eine Periostitis, für wahrscheinlich halten. Der Sitz des Leidens ist meist der Epicondylus lateralis, manchmal mehr unterhalb davon in Höhe des Radiohumeralgelenkes, manchmal mehr oberhalb vom Epicondylus gelegen. Objektive Veränderungen bestehen nur selten, wie leichte Schwellung, periostale Wucherung im Röntgenbild; das Leiden ist sehr hartnäckig. Therapeutisch kommen in Frage: Salicylate, Chinin, Ruhe, Bandagierung, Massage, Heißluft. Die Prognose ist selbst bei langer Dauer der Affektion meist gut.
Rupp (Chemnitz).

Walzel: Über blutige Reposition veralteter Ellenbogenluxationen. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chirurg., Berlin 1914. Chir.Kong.

Vortr. berichtet über 19 Luxationen nach hinten. In allen Fällen wurde eine ausgedehnte Skelettierung der Knochen nach Vornahme eines Radialschnittes ausgeführt. Die Adhäsionen wurden allseitig gelöst. In 13 Fällen war die Luxation mit Frakturen kombiniert. In diesen Fällen wurde auch auf der anderen Seite ausgedehnt skelettiert, um so eine Verbesserung der Stellung zu erzielen. Die Nachbehandlung soll bald nach der Operation, jedoch sehr vorsichtig beginnen. Von 9 Fällen dorsaler bzw. lateraler Luxation heilten 3 ankylotisch; von 10 bilateralen Fällen war in 7 Fällen das Resultat sehr gut und in 2 befriedigend.
Katzenstein (Berlin).

Frischberg, D.: Zur Frage über die Muskelhernien. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 22, S. 1125. 1914.

Beschreibung der Operation einer Muskelhernie am Unterarme mit negativem Resultat. *Colley* (Insterburg).

Untere Gliedmaßen:

Desfosses, P.: Bassin rétréci par absence de sacrum. (Enges Becken durch das Fehlen des Kreuzbeines hervorgerufen.) Presse méd. Jg. 22, Nr. 25, S. 242 bis 244. 1914.

Verf. berichtet über einen merkwürdigen Fall, bei dem vollständiges Fehlen der letzten Lendenwirbel, des Kreuzbeines und des Steißbeines festgestellt wurde. Wa. - R. negativ. Sieben schematische und radiologische Abbildungen. *Pavlos Ar. Petridis* (Alexandrien).

Guillot, Maurice, et Georges Dehelly: Traitement des ankyloses par la méthode de Murphy. Application à l'arthroplastie du genou. (Behandlung der Ankylosen mit der Murphyschen Methode. Anwendung bei der Arthroplastik des Kniegelenkes.) Journ. de chirurg. Bd. 12, Nr. 5, S. 561—574. 1914.

Die hauptsächlichsten Prinzipien der Murphyethode sind: Interposition von gestielten Aponeurosenlappen, die möglichst mit Fett- und Unterhautzellgewebe verstärkt sein müssen und die gleich nach der Operation angewendete Extension, damit die Nekrose der interponierten Lappen vermieden werde. Für die Arthroplastik des Kniegelenkes sind folgende Hauptpunkte zu berücksichtigen: 1. Auf keinen Fall darf das Lig. patellae durchtrennt werden; 2. auch die Seitenbänder sind nach Möglichkeit zu schonen; 3. die neuzubildenden Gelenkflächen müssen sehr tief ausgehöhlt werden, es muß eine hohe Knochenspange zwischen den Tibiakondylen stehenbleiben, um Subluxation der Femurkondylen zu verhindern; für die Patella muß eine tiefe Höhlung im Femur geschaffen werden; 4. es muß so viel von den Gelenken entfernt werden, daß kein zu starker Druck auf die interponierten Lappen ausgeübt wird; 5. eine evt. notwendige Verkürzung der Patellarsehne erreicht man durch Drehung der Quadricepssehne um 180°.

Spezielle Technik: Zwei seitliche Schnitte außen und innen von der Patella, den äußeren 18 cm, den inneren 10 cm lang; nach Verziehen dieser Schnitte Lösung eines viereckigen Fascienlappens von der medialen und lateralen Seite mit unterer Basis; sodann, wenn nötig, Lösung der Patella, wobei seitlich große Incisionen entlang der Quadricepssehne nach oben gemacht werden müssen; jetzt folgt die Lösung der Ankylose mit verschieden geformten Hohlmeißeln und die möglichst exakte Präparation der Gelenkenden im oben angedeuteten Sinne, wobei das Bein nach der Reposition absolut gerade stehen muß; sodann Deckung der Tibiagelenkfläche mit den seitlich herumgeschlagenen Fascienlappen, die exakt unter sich und mit der Kapsel mit Catgut vernäht werden. Die Patella wird von der bedeckenden Haut und der Aponeurose bis hinauf zum Quadriceps und hinab zur Patellarsehne abpräpariert, sodann wird sie an der Quadricepssehne um 180° gedreht, so daß ihre Außenseite nach innen auf die Aushöhlung im Femur zu liegen kommt; Naht der Quadricepssehne nach der Drehung an der neuen Stelle, am Vastus ext. und intern. — Nach Einlegen eines Drainrohres für 24 Stunden Streckverband mit 6 kg Belastung auf ca. 3—4 Wochen. Vom 10. Tage an täglich passive, sehr vorsichtige Bewegungsübungen, anfänglich 3—4 mal täglich bis zum Winkel von 30°. Anfänglich zum Aufstehen Lederstützapparat. *Rupp* (Chemnitz).

Troell, Abraham: Über Gelenkkapselchondrome. (Kasuistischer Beitrag.) (*Kgl. Seraphimerlaz., Stockholm.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 104, H. 3, S. 680 bis 693. 1914.

Mitteilung eines Falles von recht ausgedehntem Kapselchondrom im Kniegelenk einer 35jährigen Frau, das im Laufe eines Jahres das ganze Gelenk bis hinauf zur Bursa suberuralis und hinunter bis 4—5 cm unterhalb der Patella durchwachsen und Ankylose des Gelenkes herbeigeführt hatte. Bei der Operation ist die ganze Kapsel in eine Neubildung aufgegangen gefunden, die aus knorpel- und knochenharten, rundlichen, blauweißen Schollen von Reiskorn- bis Hanfsamengröße besteht. Gelenkflächen sind intakt. Knorpel ist dünn, aber normal glatt. Trotz ausgiebiger Arthrektomie und Abtragung der Kalkschollen mit dem Meißel zeigt sich nach 1 Jahr wieder ein leichtes Rezidiv. Irgendeine Aufklärung über die Ätiologie der Erkrankung hat ihm sein Fall nicht gebracht. *Ernst Schultze* (Berlin).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 3 S. 113—176

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

● **Lesser, Edmund: Lehrbuch der Haut- und Geschlechts-Krankheiten. 13. erweiterte Auflage.** Berlin: Julius Springer 1914. IX, 658 S. u. 31 Taf. M. 16.—.

Die 13. Auflage des ausgezeichneten Lehrbuches von E. Lesser ist nach längerer Pause in neuer, verjüngter Gestalt aus dem Springerschen Verlag hervorgegangen. Der Wechsel des Verlegers ist dem Werke sehr gut bekommen: es erscheint jetzt in moderner Form und gutem Druck, besonders aber in viel reicherer Ausstattung mit vortrefflichen farbigen Tafeln und photographischen Bildern. Ein wesentlicher Fortschritt liegt auch darin, daß die beiden früher getrennten Teile — Hautkrankheiten und Geschlechtskrankheiten — in einem Band vereinigt, gleichzeitig herausgegeben wurden. Trotz dieser sehr bedeutenden Verbesserungen ist der Preis des Werkes gegen früher herabgesetzt worden. Auch im Text hat L. sein Lehrbuch in ausgedehntem Maße umgearbeitet unter Verwertung der neuesten Fortschritte, namentlich auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Hier sind ja wesentliche Änderungen, vor allem bei der Gonorrhöe und Syphilis in unseren allgemein pathologischen und therapeutischen Anschauungen eingetreten, denen Lesser in seiner objektiven Art weitgehend Rechnung getragen hat. So liegt das Lessersche Lehrbuch wieder als ein ganz modernes, in jeder Hinsicht vorbildliches Werk vor uns, für angehende wie geschulte Dermatologen und Praktiker ein stets bewährter Ratgeber.

Linser (Tübingen).

Ssokolowa, M. W.: Zur Frage der Kochsalzinfusion. (*Pharmakol. Inst. d. Prof. Lichatscheff u. chirurg. Klin. d. Prof. Kadjan, Med. Hochsch. f. Frauen, St. Petersburg.*) Russki Wratsch. Bd. **13**, Nr. 13, S. 476—481, Nr. 14, S. 508—511, Nr. 15, S. 546 bis 548 u. Nr. 18, S. 652—654. 1914. (Russisch.)

Witzel schlug seinerzeit vor, bei Peritonitis reichliche Kochsalzinfusionen zu machen. Diese Methode wurde in der chirurgischen Klinik des Prof. Kadjan versucht. Hierbei wurde beobachtet, daß sich etwa eine Woche nachdem mit den Infusionen begonnen worden war (was vom Operationstage an geschah), Ödeme der Hand- und Fußgelenke, ferner Anasarka der Haut einstellte. Bei der Sektion wurde meist eine auffallende Schlaffheit der Gewebe, besonders des Herzmuskels konstatiert, ferner Degeneration des Nierengewebes. Da es sich meist um Patienten mit jauchiger Peritonitis handelte, so blieb die Frage ungeklärt, ob diese Erscheinungen eine Folge der Krankheit oder eine Folge der Infusionen sind. Um dieser Frage näher zu treten, stellte Autor Versuche an Hunden an, und zwar wurden Hunde verwandt, welche längere Zeit gehungert hatten (10—14 Tage). Diese letztere Maßnahme wurde getroffen, um das Experiment möglichst den klinischen Verhältnissen zu nähern, da es sich in der Klinik ja meist um Patienten mit darniederliegender Ernährung handelt. Den Hunden wurde täglich eine Kochsalzinfusion gemacht und zwar wurde intravenös $^1/_{13}$ des Körpergewichts, subcutan $^1/_6$ injiziert. Ein eingehender Bericht über den Verlauf und die spezielle Anordnung der Versuche kann im Referat nicht gebracht werden. Die Ergebnisse der Versuche waren folgende: bei hungernden Tieren trat sehr bald ein Ödem des Unterhautzellengewebes ein, die Tiere gingen nach wenigen Tagen ein. Dagegen stellte sich bei nichthungernden Tieren kein Ödem ein. Dieser Umstand erklärt sich daraus, daß die infundierte Flüssigkeit beim hungernden Tiere zurückgehalten wird (ausgeschiedene Urinmenge geringer als die aufgenommene Flüssigkeitsmenge), während sie beim nichthungernden Tiere vollständig ausgeschieden wird, so daß das Gewicht des letzteren fällt, während es beim hungernden Tiere zunimmt. Von inneren

Organen leidet am meisten die Niere: sowohl beim hungernden, als auch beim nichthungernden Tiere konnte stets eine Stauungshyperämie der Nieren honstatiert werden. Für die Klinik folgt hieraus, daß man mit großen Kochsalzinfusionen sehr vorsichtig sein muß, da dieselben für unterernährte Individuen nicht ungefährlich sind. — Um eine Erklärung für die erhaltenen Versuchsergebnisse zu finden, wurde eine weitere Reihe von Parallelversuchen an hungernden und nichthungernden Hunden angestellt, wobei der Gehalt des Urins an N, P_2O_5 und Cl genau bestimmt wurde. Es ergab sich hierbei, daß die großen Kochsalzinfusionen einen verstärkten Eiweißzerfall hervorrufen, und zwar besonders beim hungernden Tiere; je rascher hierbei das N und P_2O_5 ausgeschieden werden, desto rascher geht das Tier ein. Das Chlor wird teilweise im Körper zurückgehalten, dabei ist es nicht ausgeschlossen, daß dieses bloß eine Folge der geschädigten Nierenfunktion ist. Ob das Chlor einen schädigenden Einfluß auf den Organismus ausübt, geht aus den angestellten Versuchen nicht hervor. Bei hungernden Tieren wird Wasser in reichlicher Menge zurückgehalten. Wahrscheinlich sind die Ödeme hauptsächlich eine Folge der mangelhaften Nierentätigkeit. *v. Holst* (Moskau).

Leschke, Erich: Über die Behandlung von Atemlähmungen mit Sauerstoffeinblasung in die Luftröhre. (*Charité, Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 18, S. 976—978. 1914.

In einem Falle von schwerer Atemlähmung bei Paralysis Landry gelang es durch Einführung eines weichen Katheters in die Trachea bis zur Bifurkation (von Tracheotomiewunde aus) Sauerstoff in die Lungen einzuführen und so die Erstickungsangst zu beseitigen. Obgleich die spontane Respiration fast gänzlich erloschen war, konnte die künstliche Atmung durch diese Sauerstoffinsufflation nahezu 30 Stunden unterhalten werden, bis der Tod an Herz- und Gefäßlähmung eintrat. Verf. empfiehlt diese Art der künstlichen Atmung besonders bei Fällen von reiner Atmungslähmung ohne Beteiligung andrer lebenswichtiger Zentren (Atemlähmungen bei Poliomyelitis, bei Vergiftungen usw.). Die Technik ist sehr einfach. *Dunzelt* (München).[M.]

Technau: Über die Behandlung und Prophylaxe postoperativer Bronchitiden und Pneumonien mit Menthol-Eucalyptol-Injektionen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Breslau.*) (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 623—626. 1914.

Bericht über 49 Fälle, bei denen teils kurativ, teils auch prophylaktisch zur Verhinderung oder Heilung postoperativer Lungenkomplikationen die Injektion von Menthol 10,0; Eukalyptol albiss. Schimmel 200,0, Oleum Dericini 50,0 (täglich 1 ccm intramusculär ca. 10 Injektionen) nach Berliner vorgenommen worden ist. Die Beobachtung der Fälle spricht für eine sehr günstige Wirkung des Mittels. *Heller* (Leipzig).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Eisenberg, Philipp: Untersuchungen über die Variabilität der Bakterien. Mitt. 5. Über den Variationskreis des B. prodigiosum und B. violaceum. Mitt. 5. Über Mutationen in der Gruppe des Bact. fluorescens, Bact. pneumoniae, bei Sarcina tetragena und bei Bact. typhi. (*Hyg. Inst., Univ. Breslau.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Orig. Bd. **73**, H. 7, S. 449—488. 1914.

Durch Plattenaussaat alter Bouillon- und Agarkulturen wurden bei mehreren Bakterienarten Rassen erhalten, welche vom Typus in verschiedenen Eigenschaften (Wachstumsenergie, Farbstoff- und Schleimbildung, Struktur der Kolonien, serologisches Verhalten) abwichen. Die Variationen gingen zum Teil rasch wieder in den Typus zurück: sie wurden in diesem Falle als Modifikationen aufgefaßt. Zum Teil führten sie zu erblich konstanten oder zu regelmäßig umschlagenden Sippen. Diese beiden Variationsformen reiht Verf. unter die Mutationen ein. Nach Schilderung des reichhaltigen Tatsachenmaterials wird der Begriff der Mutation erörtert. Jede plötzliche und zu erblichen Veränderungen führende Variation hat als Mutation zu

gelten; die Frage der Zweckmäßigkeit bzw. „Richtungslosigkeit" kommt dabei nicht in Betracht. Die biologische Bedeutung der meisten Mutationen ist noch nicht klar. Im allgemeinen nehmen die Bakterien durch ihre Wachstumseigentümlichkeiten eine Sonderstellung in der Erblichkeitsforschung ein: sie zeigen eine größere Plastizität als die übrigen Lebewesen. Durch die Mutationen werden die Grenzen der Großart nicht überschritten. Eine Vererbung erworbener Eigenschaften ist nach Verf. bei Bakterien experimentell bewiesen. Reine Linien sind durch die übliche Fortzüchtung in Massenkulturen nicht rein zu halten. Dies läßt sich noch durch Einschiebung „säubernder Auslesen" erreichen. *Toenniessen* (Erlangen).[M]

Geisse, A.: Erzielung pathogener Eigenschaften bei saprophytischen Staphylokokken. (*Hyg. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **77**, H. 3, S. 482—494. 1914.

Verf. weist durch Tierversuche nach, daß saprophytisch wachsende Staphylokokken, die alle Zeichen apathogener Bakterien an sich tragen, sich durch mehrfache Passage ihrer in Kollodiumsäckchen eingeschlossenen Bouillonkulturen durch den Tierkörper (Bauchhöhle des Meerschweinchens) zu hochpathogenen vollvirulenten Stämmen mit allen Eigenschaften derselben umzüchten lassen. Es gehören also demnach saprophytische und pathogene Kokken der gleichen Art an. Wurden saprophytische Kokken in das Kniegelenk eines Kaninchens eingespritzt, so zeigte sich keine oder nur eine ganz unbedeutende und vorübergehende Reaktion, während die gleichen Kokken nach Verweilen im Tierkörper ins Kaninchenkniegelenk verimpft die schwersten Septikämien hervorriefen. *Stadler* (Cuxhaven).

Pankhurst, C. T.: The use of bacterial vaccines in general practice. (Die Anwendung bakterieller Vaccine in der allgemeinen Praxis.) Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. **13**, Nr. 5, S. 306—311. 1914.

Verf. Erfahrungen erstrecken sich auf 4 Jahre. Er bevorzugte, wenn irgend möglich, autogene Vaccine. Nur in eiligen Fällen wird zunächst eine Injektion mit Stockvaccin gemacht, bis das autogene fertiggestellt ist. Eine genaue Beobachtung aller eventuell auftretenden reaktiven Erscheinungen ist dringend erforderlich. In akuten Fällen muß die anfängliche Dosierung eine vorsichtige sein, besonders bei Erkrankung lebenswichtiger und empfindlicher Organe. Chronische Infektionen erheischen größere Dosen, doch ist Verf. im Laufe der Zeit auch hier mit der Dosis heruntergegangen. Man hüte sich stets vor intravenösen Injektionen, weil danach nicht selten toxämische Symptome schwerer Natur auftreten. Die Arbeit schließt mit einer kurzen Übersicht über das behandelte Material, wobei im wesentlichen nichts Neues gebracht wird. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Bronfenbrenner, J.: On the clinical value of the serum skin test in tuberculosis. (Über den klinischen Wert der Serum-Hautreaktion bei Tuberkulose.) (*Western Pennsylvania hosp., Pittsburgh, Pa.*) Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med. Bd. **11**, Nr. 3, S. 90—92. 1914.

Injiziert man gesunden Meerschweinchen subcutan eine Mischung von Tuberkulin und Blutserum tuberkulöser Menschen oder Tiere, so entsteht eine der Tuberkulinreaktion ähnliche Hautreaktion. Sie beruht auf der Anwesenheit freier Antikörper im Serum Tuberkulöser, bleibt daher negativ bei Verwendung von Serum Gesunder oder Tuberkulöser im Endstadium. Verf. verwendet die Reaktion zu diagnostischen Zwecken, indem er 1 ccm Serum des Tuberkuloseverdächtigen mit 0,1 ccm 10proz. Tuberkulin vermischt und davon 0,05 ccm dem Meerschweinchen injiziert. Eine positive Reaktion zeigt sich nach 24 Stunden.

Harraß (Bad Dürrheim).

Carere, Girolamo: L'iodo nella cura della tubercolosi chirurgica. (Das Jod in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Napoli.*) Gazz. internaz. di med., chirurg., ig. etc. Jg. **1914**, Nr. 20, S. 461—462. 1914.

Verf. hat sehr günstige Resultate erzielt bei Darreichung größerer Dosen Jodostarin.

Monnier (Zürich).

Verploegh, H., J. K. W. Kehrer und C. J. C. v. Hoogenhuyze: Bakteriologische Befunde bei Lymphogranulomatosis. (*Chirurg. Univ.-Klin. u. hyg. Laborat., Univ. Utrecht.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 21, S. 1158—1159. 1914.

Die Autoren betonen die Meinungsdifferenzen in der Auffassung dieser Krankheit: Paltauf, Sternberg, die sie als besondere Form der Lymphdrüsentuberkulose auf-

fassen, gegen Benda, Aschoff, Askanazy, welche die tuberkulöse Natur bezweifeln. Die holländische Arbeit erwähnt die Befunde holländischer und amerikanischer Arbeiten und bringt eigene, sorgfältig gewonnene Forschungsergebnisse derartiger Erkrankungsfälle. Sie schließt Tuberkulose aus, weil jedesmal 4 geeimpfte Meerschweinchen gesund blieben. 4 von 9 mal handelte es sich mikroskopisch um Sarkom. Bei den 5 reinen Fällen von Lymphogranulomatosis konnten Becillen auf Löfflers Pferde- und Rinderserum als weißschleimige Kolonien gezüchtet werden: polymorphe Bacillen, Korynebakterien. Der Erreger hat sich in den Impfversuchen mit gezüchteten Kolonien weder bei Meerschweinchen, noch bei Kaninchen, noch bei Affen als krankmachend erwiesen.

Iselin (Basel).

Powers, Charles A.: Systemic blastomycosis. (Über generalisierte Blastomykose.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 815—820. 1914.

Verf. berichtet über zwei Fälle von generalisierter Blastomykose. Beidemal erfolgte ausgehend von Knoten an Nacken, bzw. Hand eine Aussat von multiplen Abscessen in allen den Organen; schließlich tötlicher Ausgang. Abbildungen mikroskopischer Präparate.

Verf. glaubt, daß solche generalisierte Fälle von Blastomykose, welche von einem kleinen Herd ihren Ausgang nehmen, eine ungünstige Prognose bieten und empfiehlt möglichst frühzeitige, ausgedehnte Ausschneidung des primären Herdes. *Sonntag.*

Geschwülste:

Sykoff, W. M.: Über die Bedeutung der Geschwülste in der Reihe der pathologischen Prozesse im Tierreich. Verhandl. d. 1. russ. Krebskonkr., St. Petersburg, 31. III.—3. IV. 1914. (Russisch.)

Der Unterschied zwischen einem regenerativen entzündlichen Prozesse und einer Geschwulstbildung ist nur quantitativ, nicht qualitativ. Überschreitet die regenerative Tätigkeit der Zelle gewisse Grenzen, so führt sie zur Neubildung. Ein Übergangsstadium bildet die bleibende regenerative Hyperplasie (Callusbildung). Während bei den niederen Vertretern des Tierreiches eine Verletzung der Gewebe durch unmittelbare Regeneration ausgeglichen wird, stellt sich bei höheren Tieren eine reaktive Entzündung mit nachfolgenden regenerativen Prozessen ein. Tritt eine Störung im Verhältnis der entzündlichen zu den regenerativen Prozessen ein, so kann unter anderem auch dieser Umstand Anlaß zur Entstehung einer Neubildung geben. *v. Holst.*

Bjelogolowy, J. A.: Inokulation embryonaler Zellen. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Die Versuche wurden zu rein biologischen Zwecken an Fröschen vorgenommen. In die Bauchhöhle der Frösche wurden Laichkörner derselben Art eingeführt und deren weitere Entwicklung beobachtet. Es zeigte sich nun, daß ein Teil der sich entwickelnden Zellen die Fähigkeit, ein Ganzes zu bilden, beibehält, so daß sich ein großes Syncytium bildet, oder in anderen Fällen ein eigenartiges Granulationsgewebe, in welchem sich manchmal die Anfänge einer Chorda dorsalis unterscheiden ließen. Eine andere Zellgruppe wird vom Organismus assimiliert und nimmt den Charakter derjenigen Gewebe an, mit welchen sie zufällig in Berührung gekommen ist, so daß die Bildung überzähliger Organe konstatiert werden konnte. Wieder andere Zellen behalten ihren embryonalen Charakter und zeigen die Fähigkeit, die Gewebe des Wirtes zu zerstören. Nicht ein Organ der Bauchhöhle bleibt von diesen zerstörenden Prozessen verschont, bis schließlich nach 3—4 Monaten sämtliche Organe der Bauchhöhle zu einem Ganzen miteinander verbacken sind. Das Epithel reagiert auf diese Prozesse sehr stark. Das Drüsenepithel des Darmes vermehrt sich stark und zeigt völlige Anaplasie. Dieses atypisches Wachstum ergibt das Bild eines sich sekundär bildenden Carcinoms. Da in Parallelversuchen mit toten Laichzellen gezeigt werden konnte, daß keiner der geschilderten Prozesse eintrat, so ergibt sich hieraus, daß die Entwicklung des Carcinombildes durch die Embryonalzellen selbst hervorgerufen wird. — Autor erklärt diese Vorgänge mit Hilfe des Mendelschen Gesetzes: durch die Tätigkeit der atavistischen

Zerstörungsgene oder der Selbständigkeitsgene wird die Tätigkeit der progressiven Gene, welche die embryonalen Zellen zu einem Ganzen verbinden, unterdrückt. Durch die Tätigkeit dieser Gene werden die embryonalen Zellen verstreut, entwickeln sich selbständig und werden zu Parasiten in bezug auf den Organismus des Wirtes. Diese Theorie unterscheidet sich dadurch von der Cohnheimschen Theorie, daß nicht alle embryonalen Zellen, sondern nur die embryonalen Zellen mit bestimmten Genen den Keim zur Geschwulstbildung in sich tragen. — Das Fehlen der Geschwulstbildung bei niederen Tieren steht im Zusammenhang mit der großen Regenerationsfähigkeit. Die Entwicklung niederer Tiere nutzt nicht alle vorhandenen organbildenden Kräfte aus, ein Reiz löst daher den Überfluß dieser Kräfte aus, es entstehen regenerative Prozesse. Dagegen löst ein Reiz bei höheren Tieren die Tätigkeit der Zellen mit atypischen Genen aus — es entsteht eine Neubildung. *v. Holst* (Moskau).

Jowleff, F. P.: Über den Einfluß der Geschlechtsdrüsen und der Thyreoidea auf das Wachstum experimentell erzeugter Geschwülste. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor hat eine Reihe von Versuchen an Hunden, Katzen und Mäusen angestellt. An 45 Hunden wurden im ganzen 71 Inokulationen vorgenommen. Ein Teil der Versuchstiere wurde kastriert, einem anderen Teile wurde die Thyreoidea entfernt, eine weitere Gruppe diente zur Kontrolle. Das stärkste Wachstum der inokulierten Geschwulst (Sarkom) wurde bei den Versuchstieren beobachtet, welchen eine der Drüsen, entweder die Geschlechtsdrüsen oder die Thyreoidea, entfernt worden war; bei denselben Tieren erfolgte die Rückbildung der Geschwulst besonders langsam und war diese Erscheinung auch weniger stark ausgeprägt. Dagegen zeigten diejenigen Versuchstiere, welchen Geschlechtsdrüsen und Thyreoidea entfernt worden war, kaum einen Unterschied von den normalen Kontrolltieren. — Bei 41 männlichen kastrierten Ratten entwickelte sich das inokulierte Sarkom stärker und rascher als bei den Kontrolltieren. Dieselbe Erscheinung wurde bei kastrierten weiblichen Mäusen (44 Tiere), denen Carcinomgewebe inokuliert worden war, beobachtet. Bei trächtigen Ratten (15 Tiere) wuchs die Geschwulst rascher und wurde größer, als bei den Kontrolltieren (9 Tiere). — An 160 Mäuse wurde Thyreoidin verfüttert; die Versuche ergaben folgende Resultate: bei den Kontrolltieren war die Inokulation in 50% der Fälle erfolgreich, das mittlere Gewicht der Geschwülste betrug 26 mg. Bei den Mäusen, denen große Dosen Thyreoidin verabfolgt worden war, war die Inokulation nur in 37,5% der Fälle erfolgreich, das mittlere Gewicht der Geschwülste betrug 20 mg. Bei Verabfolgung mittlerer Thyreoidindosen war die Inokulation in 20,0% der Fälle erfolgreich, das Gewicht der Geschwülste betrug im Mittel 10 mg. Schließlich war die Inokulation bei Verabfolgung kleiner Dosen Thyreoidin in 17,5% der Fälle erfolgreich, das Gewicht der Geschwülste betrug im Mittel 17 mg. — Autor zieht aus den Versuchsergebnissen den allgemein gefaßten Schluß, daß die Geschlechtsdrüsen ebenso wie die Thyreoidea einen gewissen Einfluß auf das Wachstum der Geschwülste haben. *v. Holst* (Moskau).

Wassiljeff: Das Wachstum des Geschwulstgewebes außerhalb des Organismus. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor empfiehlt, die Kulturen auf Agar mit Ascitesflüssigkeit anzulegen, da sich dieser Nährboden nicht verflüssigt. Auf diesem Nährboden ist es leicht, Kulturen von Geschwulstgewebe zu erhalten. Die Sarkomzellen zeigen in der Kultur längliche Form und Pseudopodien, während die Krebszellen unbeweglich sind und ein zartes Protoplasma haben. Die Kulturen bleiben ca. 10 Tage lebensfähig, lassen sich jedoch nicht überimpfen. Das Wachstum der Krebszellen verläuft analog den Anaerobiern, während die Sarkomzellen aerobes Verhalten zeigen. Es wurden Versuche über die Wirkung radioaktiver Substanzen auf die Gewebskulturen angestellt: die γ-Strahlung des Radiums hat einen stimulierenden Einfluß auf das Wachstum der Zellen, während Emanation das Wachstum hemmt und den Zerfall der Kultur zur Folge hat. *v. Holst.*

Tièche, Max: Einige Bemerkungen über einen Fall von Nackenkeloid. Dermatol. Wochenschr. Bd. 58, Nr. 22, S. 617—621. 1914.

Tièche konnte bei einem sehr hochgradigen Fall von Acne keloides des Nackens die operativ entfernten Tumoren histologisch untersuchen. Er kam dabei zu dem Resultat, daß es sich bei dieser Erkrankung nicht um einen eigenartigen Prozeß mit einem besonderen Erreger handle, sondern um eine gewöhnliche Follikulitis, die zu fibroplastischen Neubildungen im Bindegewebe führt. Das Besondere der Erkrankung bestehe nur in der Neigung zu Keloiden, die sich in der Nackengegend im Anschluß an die chronischen Follikulitiden besonders gerne einstelle. *Linser* (Tübingen).

Abrikossoff, A. J.: Die Ätiologie der bösartigen Geschwülste. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III.—3. IV. 1914. (Russisch).

Braunstein, A. N.: Die Immunität gegen bösartige Geschwülste. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Ein Teil der Autoren sieht das Wesen der Immunität gegen Carcinom in der Leukocytose (Dungern, Petroff); andere Autoren dagegen glauben die Immunität auf die Bildung von Antikörpern zurückführen zu können. Autor schließt sich der letzteren Ansicht an, hebt jedoch ausdrücklich hervor, daß die Natur der in Betracht kommenden Antikörper zurzeit noch vollständig unaufgeklärt ist. Für diese Anschauung sprechen unter anderem die positiven Resultate einiger diagnostischer Reaktionen (Meiostagminreaktion usw.). Die Milz besitzt die Fähigkeit, Zellen, welche in dieselbe verschleppt worden sind, zu zerstören. Ebenso wie die Mikroorganismen wird auch das embryonale Gewebe, welches sich in anderen Organen bildet, in der Milz zerstört. Wie die vom Autor angestellten Versuche zeigten, wird die Empfänglichkeit vergrößert, das Wachstum der Geschwulst beschleunigt, wenn die Milz entfernt wird. Ebenso wie bei Infektionskrankheiten wird auch bei Carcinom eine Vergrößerung der Milz beobachtet. In der Milz werden sämtliche Antikörper gebildet, wahrscheinlich ist dieses auch bei der durch die Geschwulst hervorgerufenen Intoxikation der Fall. Die Versuche, die Versuchstiere durch Injektion von aus dem Milzgewebe hergestellten Extrakten zu heilen, ergaben positive Resultate. *v. Holst* (Moskau).

Wargassowa, W. G., und W. N. Wandyscheff: Die biologische Reaktion bei bösartigen Geschwülsten. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Die Autoren empfehlen die Reaktion mit mehreren gleichartigen Antigenen nachzuprüfen, da hierbei öfters einander widersprechende Resultate erhalten werden. In 9 Fällen, in welchen der Uterus wegen Carcinom entfernt wurde, ergab die Reaktion 8 mal ein positives, 1 mal ein zweifelhaftes Resultat. In diesem letzteren Fall zeigte sich bei der genauen Untersuchung, daß tatsächlich kein Carcinom vorgelegen hatte. In den übrigen Fällen wurde die Reaktion nach Entfernung des Uterus negativ. Ein Fall gab nach 6 Monaten ein Rezidiv, gleichzeitig war die Reaktion auch wieder positiv geworden. *v. Holst* (Moskau).

Tschitschkin, A. W.: Das experimentelle Carcinom. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor benutzte zu seinen Versuchen teilweise aus England importierte Geschwülste, welche ihm von Bashford zur Verfügung gestellt worden waren, teilweise spontan entstandene Geschwülste (Adenocarcinom der Mamma) einheimischer Mäuse und Fibroadenome einheimischer Ratten. Die positiven Ergebnisse der Inokulation schwankten sehr stark, so ergab die Inokulation der englischen Geschwülste an russischen Mäusen eine geringere Zahl positiver Ergebnisse, als in den gleichzeitig an englischen Mäusen vorgenommenen Versuchen erhalten wurde. Ferner wurde vielfach eine sehr lange Inkubationszeit beobachtet. Autor macht auf die aus seinen Versuchen erwiesenen großen Schwankungen der Virulenz der experimentellen Geschwülste aufmerksam und glaubt die Erklärung dieser Erscheinung in einer Reihe zufälliger Umstände suchen

zu müssen. — Autor konnte in einigen Fällen den Übergang eines Carcinoms in ein Sarkom beobachten. Was die Erklärung dieser letzteren Erscheinung betrifft, so hält Autor die Ehrlichsche Hypothese für die wahrscheinlichste: demnach ist der Vorgang bedingt: 1. durch die chemischen Besonderheiten des Carcinoms und 2. durch die einzelnen Individuen eigene Neigung des Bindegewebes zum Wuchern. Demnach stellen derartige Sarkome genau genommen ebenfalls experimentell erzeugte Geschwülste dar. *v. Holst* (Moskau).

Dawydoff, E. S.: Die Abderhaldensche Reaktion bei Carcinom. (*Helenenkrankenh., St. Petersburg.*) Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Untersucht wurden im ganzen 50 Sera von 31 Krebskranken und 9 Gesunden. Die Mehrzahl der Carcinomkranken gab eine positive Reaktion, jedoch fiel die Reaktion in einzelnen Fällen auch negativ aus, während die Richtigkeit der klinischen Diagnose auf dem Sektionstische bestätigt wurde. Auch das von Gesunden entnommene Serum gab mehrfach ein positives Resultat, so z. B. wurde ein solches in 2 Fällen zur Zeit der Menses erhalten. *v. Holst* (Moskau).

Holmberg, O. I.: Die Abderhaldensche Reaktion. (*Chirurg. Klin. d. Prof. Kadjan, Med. Hochsch. f. Frauen, St. Petersburg.*) Verhandl. d. 1. russ. Krebskongresses, St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Bei 23 Krebskranken wurde die Abderhaldensche Reaktion angestellt, dieselbe fiel in 65% der Fälle positiv aus. Dagegen fiel die Reaktion mit anderen Substraten (Placenta, Niere, Leber) stets negativ aus. Ferner wurden 16 Patienten, welche nicht an Krebs litten, untersucht; hierbei ergab die Reaktion mit Krebsgewebe in 18%, mit Sarkomgewebe in 25% der Fälle ein positives Resultat. Demnach spricht Autor der Reaktion die strenge Spezifität ab. *v. Holst* (Moskau).

Zitronblatt, A. J.: Zur Technik der Abderhaldenschen Reaktion. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Die üblichen Methoden der Verarbeitung des Eiweißes berauben letzteres seiner Spezifität und Individualität. Da zunächst noch keine bessere Methode existiert, versuchte Autor die Menge der nichtspezifischen Spaltungen durch Verminderung der Menge des Serums herabzusetzen und benutzte daher in seinen Versuchen nur 1—1½ ccm Serum. Die entsprechenden Versuche erwiesen die Richtigkeit dieser Methode: das Serum von Krebskranken gab in großer Menge zur Reaktion verwandt positive Resultate mit den verschiedensten Substraten, während dasselbe Serum in der angegebenen geringen Menge nur mit dem spezifischen Substrat reagierte. Autor nimmt an, daß die Abderhaldensche Reaktion in Zukunft, bei besserer Ausarbeitung der Technik, eine große Bedeutung gewinnen wird. *v. Holst* (Moskau).

Kepinoff, L. S.: Die Krebskachexie in biochemischer Hinsicht. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongresses, St. Petersburg, 31. III.—3. IV. 1914. (Russisch).

Die Krebsgeschwulst und deren Zerfallsprodukte stellen für den Organismus einen artfremden Körper dar und rufen daher die Bildung von Schutzfermenten hervor. Autor injizierte Kaninchen fein verteiltes Krebsgewebe und fand, daß die derartig vorbehandelten Tiere einen bedeutend stärkeren Gewichtsverlust zeigen als die Kontrolltiere, denen normales Eiweiß injiziert worden war (Gewichtsverlust betrug 22% gegen 6% des Anfangsgewichtes). Die Untersuchung des Serums der Versuchstiere ergab, daß dasselbe sämtliche Eiweiße zerlegt, während das Serum der Kontrolltiere nur das Eiweiß zu zerlegen imstande ist, welches den Kaninchen injiziert worden war. Dasselbe Resultat ergab auch die Untersuchung des Serums krebskranker Menschen im Vergleich mit dem Serum Gesunder. Weitere Versuche ergaben, daß die Inokulation von Krebsgewebe bei mit dem erwähnten Serum vorbehandelten Mäusen nur in 23% der Fälle gelang, gegen 100% bei nicht vorbehandelten Kontrollmäusen. Es läßt sich auf diese Weise eine Art Immunität hervorrufen. Autor spricht sich dahin aus, daß die allerwichtigste Eigenschaft der Schutzfermente, welche sich im Anschluß an die Injektion von Krebsgewebe bilden, in ihrer Polyvalenz zu suchen ist. *v. Holst* (Moskau).

Kuschtaloff, N. J.: Über das Verhalten von Sudan III und Scharlachrot zu den bösartigen Geschwülsten (hauptsächlich carcinomatösen). Vorläufige Mitteilung. Morskoi Wratsch (Marinearzt) Jg. **1914**, April-H., S. 248. 1914. (Russisch.)

Verf. hatte Versuche angestellt, durch Injektion von mit Sudan III resp. Scharlachrot versetztem Geschwulstmaterial vom Menschen in die Milchdrüse von Kaninchen und Meerschweinchen dort bösartige Neubildungen hervorzurufen. Hierbei war er zum entgegengesetzten Resultat gekommen: Die Geschwulstzellen schwanden früher, als ohne Sudan, außerdem wurde auch das normale Drüsengewebe zerstört. Bei genauerer Untersuchung stellte sich heraus, daß diese Vorgänge durch einen entzündlichen Prozeß mit starker Beteiligung epithelioider Elemente hervorgerufen wurde. Angeregt durch diese Resultate hat Verf. in 4 Fällen von Carcinom (der Haut, Vagina, Cervix, Rectum) Sudan III in den Tumor injiziert mit dem Resultat, daß der Tumor zerstört wurde und schrumpfte. Bei der mikroskopischen Untersuchung probeexzidierter Stückchen stellte sich heraus, daß sich an Stelle des Carcinomgewebes hyaline Massen, nekrotische Geschwulstzellen, Narbengewebe oder mit amorpher schleimartiger Flüssigkeit gefüllte Höhlen fanden. Es wäre wünschenswert, dieses Mittel an einem größeren Material zu versuchen, besonders kombiniert mit anderen Mitteln, wie Röntgen, Radium usw. Eine ausführlichere Beschreibung behält sich Verf. an anderer Stelle vor. *Riesenkampff* (St. Petersburg).

Bayet, A.: Les limites actuelles de la radiumthérapie dans le traitement des cancers profonds. (Die derzeitigen Grenzen der Radiumtherapie in der Behandlung der tiefsitzenden Carcinome.) Journal de méd. interne Jg. **18**, Nr. 11, S. 101 bis 104. 1914.

Bayet, A.: Les limites actuelles de la radiumthérapie dans le traitement des cancers profonds. (Die zurzeit bestehenden Grenzen der Radiumtherapie bei der Behandlung tiefsitzender Krebse.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **6**, Nr. 53, S. 72—82. 1914.

Bayet verwendet seit 8 Jahren die Radiotherapie und hält sie namentlich in allen aussichtslosen Fällen für die ultima ratio, dank der in manchen Fällen ganz überraschende Erfolge erzielt wurden. Doch müsse man, um die Methode nicht allzubald in Mißkredit zu bringen, wozu der anfänglich allzugroße Enthusiasmus leicht führen könne, sich klarmachen, daß unser heutiges Wissen über die Dauer- und Tiefenwirkung noch nicht geklärt sei. — Zunächst sei die Wirkung abhängig von der verschiedenen Widerstandsfähigkeit der einzelnen Typen der Tumoren, sowohl nach histologischem als nach biologischem Bau; schon ihre Lokalisation bedinge ein ganz abweichendes Verhalten gegen sonst (z. B. große Resistenz der Tumoren auf alten Narben, auf Lupus usw.). Sehr wichtig sei vor allem die Lokalisation der Neubildung, ob oberflächlich oder in der Tiefe. Zwar ließen sich physikalische Einwirkungen bis 10 cm Tiefe feststellen, doch halten die Mehrzahl der Autoren im Durchschnitt an einer Grenze zwischen 3 und 5 cm fest. Damit zugleich sei gleichzeitig bedingt, daß sehr große Tumoren z. Z. überhaupt noch nicht genügend zu beeinflussen sind, da wir nur an ihre Schale herankönnen. Eine weitere Schranke liege in der Unmöglichkeit und gleichzeitigen Gefährlichkeit, die Strahlendosen beliebig zu steigern. Autor meint, daß es viel mehr darauf ankommen werde, ein Optimum, das sich jeweilig anzupassen habe, ausfindig zu machen, die großen Dosen der deutschen Schulen hält er für sehr gefährlich. Eine weitere Einschränkung erfahre die Radiotherapie z. Z. noch durch die Konkurrenz der Chirurgie, der man doch große Erfolge nicht absprechen könne. Erst wenn genügend langdauernde und genügend zahlreiche Beobachtungen der neuen Methoden vorliegen werden, dürfte eine klare Übersicht zu erwarten sein; vielleicht auch davon, daß die Chirurgie, wie ja bereits begonnen, neue Wege beschreitet, um tiefliegende Tumoren zugänglich zu machen und so gemeinsam gegen den Feind zu wirken. *Fuchs* (Breslau).

König, Fritz: Probleme der Krebsbehandlung im Zeichen der Radiotherapie. (*Chirurg. Univ.-Klin., Marburg a. d. L.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 22, S. 1224—1226. 1914.

König findet die Strahlentherapie angezeigt bei inoperablen Fällen, bzw. bei Rezidiven maligner Tumoren und zur Nachbehandlung operierter Tumoren. Dadurch, daß man auf eine wirksame Nachbehandlung durch Bestrahlung rechnen kann, ergibt sich eine Erweiterung der operativen Indikationsstellung. Keinesfalls dürfe man die tatsächlich vorhandenen operativen Erfolge, die nicht so schlecht sind, wie sie von manchen dargestellt werden, preisgeben zugunsten der neuen Therapie, die noch über keine entsprechende Dauerheilungsstatistik verfügen könne. Man solle an operablen Fällen nicht mit Strahlen experimentieren. *Grashey* (München).

Goworoff, A. W.: Beiträge zur Statistik der Krebserkrankungen in Rußland. (*Inst. f. pathol. Anat., Med. Hochsch. f. Frauen, Charkoff.*) Dissertation: St. Petersburg 1914, 125 S. (Russisch.)

Aus äußeren Ursachen wurden zur Grundlage der Arbeit nicht klinische Krankengeschichten, sondern die Sektionsprotokolle verschiedener Prosekturen von 11 der größten Städte Rußlands genommen. Auf 211 520 Sektionen entfielen 17 179 Krebserkrankungen, so daß die Sterblichkeit an Krebs den hohen Prozentsatz von 8,26% erreicht. Das männliche Geschlecht ist bevorzugt, indem Magen und Speiseröhre am häufigsten befallen werden (48,3 und 21,21%); bei Frauen stehen die Geschlechtsorgane, besonders der Uterus an erster Stelle (22,68%); auch kommt der Krebs des Darmkanals und der Leber bei ihnen häufiger vor. Die meisten Krebserkrankungen entfallen auf das Alter von 50—54 Jahren. Die Zunahme der Frequenz von Krebserkrankungen ist nur eine scheinbare, die auf einer Verfeinerung diagnostischer Hilfsmittel u. a. beruht. *Stromberg* (St. Petersburg).

Verletzungen:

Benjamin, Arthur E.: The operative treatment of fractures, demonstrating the use of steel plates for the correction of bad fractures. (Die operative Behandlung der Frakturen nebst Darstellung der Verwendung von Stahlplatten bei der Korrektur schwerer Dislokationen.) Journ.-lancet Bd. **34**, Nr. 10, S. 270—280. 1914.

Beschreibung von 14 Frakturen (Ober- und Unterarm, Ober- und Unterschenkel), die alle durch operative Behandlung zu anatomischer Heilung gebracht wurden. Eine Vorderarmfraktur bei 10jährigem Kind wurde mit Blacks Metallstreifen, eine suprakondyläre Humerusfraktur bei 8jährigem Kind mit einfacher Catgutnaht, alle übrigen Fälle mit Lanes Instrumentarium behandelt. Es ist nicht notwendig, die Schienen und Schrauben nach der Konsolidierung zu entfernen; wenn es gewünscht wird, kann es in Lokalanästhesie geschehen. *Gümbel* (Bernau).

Albee, Fred H.: The inlay bone graft in fresh fractures. (Das Einpflanzen von Knochenspangen bei frischen Frakturen.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 21, S. 1020—1021. 1914.

Albee gibt eine Methode an, durch die er bei 100 alten, nicht konsolidierten und frischen Knochenbrüchen gute funktionelle Heilungen erzielt hat. Sie beruht im wesentlichen darauf, daß er an der Bruchstelle in die Fragmente eine Rinne sägt, deren Länge in jedem Fragment mindestens der Dicke desselben entspricht und in die er eine von dem gebrochenen Knochen entnommene Spange legt, über der er dann das Periost näht. *Simon* (Berlin).

Davison, Charles: The treatment of fractures by autoplastic bone pregs. (Die Behandlung der Knochenbrüche mit autoplastischen Bolzen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 20, S. 1551—1554. 1914.

Bericht über sechs Fölle von Oberarm-, Unterschenkel- und Schenkelhalsfrakturen, die mittels eines der Tibia des Patienten entnommenen Knochenspans, der in die Markhöhle eingeführt wurde, zur Konsolidation gebracht wurde. *Krüger* (Weimar).

Hagentorn, A.: Über Schußverletzungen im Frieden. (*Städt. Krankenh., Kowno, Rußl.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **128**, H. 5/6, S. 433—506. 1914.

Bericht über mehr als 200 einschlägige Verletzungen, die größtenteils aus den Revolutionsjahren 1905 und 1906 stammen und daher vorwiegend die Folge von Attentaten sind; nur 10 Selbstmordversuche. In über 100 Fällen handelte es sich

um Extremitätenschüsse, darunter mehrmals Exitus letalis an septischer Infektion und Tetanus; 26 mal war der Kopf betroffen (4 gestorben), 40 mal Brust und Rücken (1 gestorben), 16 mal das Abdomen (11 gestorben); unter den restlichen Verletzungen von Bedeutung finden sich noch solche der Harnröhre und der großen Gelenke mit bemerkenswertem Heilungsverlauf. Der einzige Rückenmarksschuß verlief letal (Sepsis, Marasmus). Der Waffe nach spielte der Revolver die Hauptrolle, demnächst kommen Schrotschußverletzungen; Verwundung durch Explosion der eigenen primitiven Waffe sowie durch Bombensplitter erhöhen die Vielgestaltigkeit und Eigenart der Krankheitsbilder. Sowohl dieser wegen als auch der Verschiedenartigkeit der äußeren Verhältnisse, unter denen die Verletzung verläuft, der Beobachtungsdauer und der Feststellung der Endresultate halber erscheint ein selbständiges, demjenigen der Schußverletzungen des Krieges parallel laufendes, aber nicht mit ihm zusammenfallendes Studium der Friedensschußwunden geboten. Aus der diesem Zwecke gewidmeten reichen Kasuistik des Verf. sei folgendes an Tatsachenmaterial und persönlichen Ansichten hervorgehoben:

1. Verletzung des Stirnhirnes durch einen decimeterlangen Eisenstab, der durch unaufgeklärten Zufall aus einem primitiven Lauf abgefeuert worden war; Extraktion, Spättod durch basale Meningitis von der einen miteröffneten Stirnhöhle aus. 2. Penetrierende Schädelverletzung durch Abreißen der Flintenlaufs und Eindringen desselben in die Stirne; Extraktion, Heilung.

3. Unter 16 sicher perforierenden Thoraxschüssen schwerer Beschaffenheit nur ein Todesfall, und zwar an rapid verlaufener innerer Blutung. Ebenso trat nur einmal Vereiterung des Hämatoms ein; Operation, Heilung. 4. Bei Revolverschüssen des Rückenmarks, in denen die Ausfallserscheinungen nicht prompt zurückgehen, soll möglichst bald operativ eingegriffen werden, die Entfernung von Kugeln und Knochensplittern ist im allgemeinen ein dankbares Operationsziel. 5. Von den 16 eingangs erwähnten Bauchschüssen wurden 10 bereits früher mitgeteilt; der in extenso publizierte Rest betrifft ausnahmslos schwere, mehrfache Eingeweideverletzungen (Dickdarm-Magen-Zwerchfellschuß, Leberschuß, Blasen-Dünndarmschuß, Dickdarm-Dünndarm-Blasenschuß; sämtlich nach der Operation gestorben), die einen lehrreichen Beitrag zu der so aktuellen Frage nach den Aussichten auf Spontanverklebung auch bei nur kleinen Perforationsöffnungen, wie sie z. B. durch Schrotkörner erzeugt werden, liefern: in allen den operierten Fällen bestand bereits Peritonitis durch ausgetretenen Darminhalt resp. Harninfiltration. Von den restlichen beiden Angeschossenen wurde einer moribund eingeliefert und nicht mehr operiert, der andere, mit 2 perforierenden Einschüssen im Oberbauch, heilte spontan. 6. Unter den Schußverletzungen der Extremitäten finden sich solche mit Beteiligung der Nerven, Gefäße, Diaphysen und Gelenke; bezüglich letzterer ist 2 mal der interessante Umstand verzeichnet, daß Projektile den Knorpel der Gelenkenden vorwölbten ohne in das Cavum zu perforieren. Verf. vertritt hier den Standpunkt, daß es aus Gründen der Asepsis ratsam sei, zum Zweck der notwendig gewordenen Projektilextraktion vom Gelenk aus vorzugehen, und daß auch die mehr explorative Arthrotomie berechtigt sei. Ein funktionell überraschendes Resultat wurde in einem Fall von ausgedehnter Zerschmetterung des Hüftgelenks durch Schrotschuß aus der Nähe erzielt. 7. Den Beschluß der Arbeit macht die ausführliche Wiedergabe dreier Beobachtungen von Schußverletzung der Harnröhre, die im Frieden überaus selten vorkommt. Verf. weist auf einen bisher nicht beschriebenen eigentümlichen, in den anatomischen Gewebsverhältnissen des Gliedes begründeten Mechanismus der Harnröhrenschüsse hin: „Aus der Kombination der Schußrichtung mit der Ablenkung, die die Kugel durch das Hingleiten auf der überdies noch rinnenförmigen Innenfläche der Tunica albuginea oder Fascia penis erleidet, entsteht die komplizierte, mitunter spiralige Form des Schußkanals. Auf diese Weise wird das Glied für die Kugel zum Leitrohr, das dieselbe zwingt, es mehr oder weniger

in seiner ganzen Länge zu durchlaufen, und dadurch deren Weg von der ursprünglichen Schußrichtung ablenkt." Geringfügige Läsionen der Urethra dabei können es zur Folge haben, daß sich durch torpide Infektion des Wundkanals entzündliche Infiltrate bilden, deren narbige Umwandlung sodann Strikturen herbeiführt. *Fieber* (Wien).

Kriegschirurgie:

Fraenkel, Alexander: Einige allgemeine Bemerkungen zur modernen Kriegschirurgie. Beitr. z klin. Chirurg. Bd. 91, H. 1/2, S. 1—13. 1914.

Die Arbeit gibt in aphoristischer Form einen Vergleich zwischen einst und jetzt; sie klingt in die Ansicht aus, daß durch die Einführung des Kleinkalibers weder die Durchschnittsbeschaffenheit der Kriegswunden, noch ihre Dignität und Prognose in auffälliger Weise geändert worden ist. Fast die gleichen Wunden wie im Balkankrieg, sah Verf. bei 700 durch das großkalibrige mantellose Krukageschoß der durch Bleikugeln gesetzten Verletzungen während des Serbisch-Bulgarischen Krieges des Jahres 1885/86 im Belgrader Reservelazarett; bei 63 Schußfrakturen der großen Knochen und Gelenke erzielte er damals mit exspektativen Maßnahmen vorzügliche Heilungsresultate. Man kann übrigens auch schon in der Ära der Vorderlader und Bleikugeln einen großen Teil der Schußfrakturtypen wiedererkennen, welche man heute als charakteristisch für das Kleinkalibergeschoß anspricht; vor allem tritt in der „Schmetterlingsfigur" und in dem röhrenförmigen („ausgestanzten") Durchschuß der Epiphyse des Oberschenkels diese Analogie deutlich zutage; diese Frakturen heilten, sich selbst überlassen, auch damals schon glatt. Wenn man aus theoretischer Voreingenommenheit heraus bei diesen Heilungen früher vielfach die Mitbeteiligung der Knochen leugnete, so verdient doch hervorgehoben zu werden, daß schon während des Deutsch-Französischen Krieges Klebs und Socin die Heilungsmöglichkeit dieser Frakturen auf dem Obduktionstisch erwiesen. Interessant erscheint auch die Beobachtung, daß der stets als unberechtigt zurückgewiesene Vorwurf des Gebrauchs verbotener Explosionsgeschosse, welcher bei Nahschüssen angenommen wurde, jetzt wie einst immer wiederkehrt. Das neue Projektil macht allerdings auf weitere Distanzen eine große Zahl von Kämpfern kampfunfähig, so daß die Leichtverwundeten gegen früher prävalieren, aber Mortalität und Invalidität sind sicher nicht durch die Fortschritte der Ballistik, sondern lediglich durch die Veränderung der chirurgischen Therapie beeinflußt worden. Das zeigt sich vor allem bei der Frage der Gefäßschüsse. Die heute vielfach vertretene These, daß die großen weniger rasanten Geschosse früherer Zeiten ein Ausweichen der Gefäße gestatteten, während das kleinkalibrige Geschoß die Gefäße nicht schone, bedarf bei kritischer Betrachtung der Revision. Auch beim Kleinkaliber fliegen die Geschosse gewiß häufig genug haarscharf an den Gefäßen vorbei, ohne diese zu verletzen. Daß ein sehr großer Teil der Gefäßschüsse einem primären Verblutungstod auf dem Schlachtfeld erliegt, ist unbestritten; diese Todesfälle sahen wir aber auch in früherer Zeit. Wenn wir heutzutage so häufig als Folge der Gefäßschüsse traumatische Aneurysmen sehen — eine früher völlig unbekannte Erscheinung —, so dürfen wir den Grund wohl mit Recht in dem aktiven Vorgehen der älteren Kriegschirurgen sehen, welche infolge frühzeitiger Untersuchung der Wunden mit Sonde und Finger den Gefäßverletzungen keine Zeit zur Entwicklung des Aneurysmas ließ, während bei der heute geübten exspektativen Behandlung die latente Gefäßverletzung sich zum Aneurysma ausbilden kann. In der Wirkung des kleinkalibrigen Spitzgeschoßes tritt allerdings insofern ein Unterschied gegen früher hervor, als infolge des erheblichen Energieverlustes häufig Steckschüsse beobachtet werden. Infolge der Neigung des Geschosses, sich umzukehren, und der oft wiederkehrenden Beobachtung der Trennung des Mantels vom Bleikern, Fragmentierung des Geschosses („Spritzlinge") sehen wir aber anderseits derartige Verwundungen, daß wir häufig genug bei Anwendung des Röntgenbildes durch Bleikugeln gesetzte Verletzungen zu sehen glauben. Der auch heute noch bestehende Widerstreit der Meinungen bezüglich der Beurteilung der Dignität und Natur der Schußwunde findet auch in der alten Kriegschirurgie sein Analogon. Während Stromayer nur für vereinzelte Ausnahmen einen eiterungslosen Verlauf gelten ließ, stellten Simon und Pirogoff die prima intentio als Regel her. So erklärt sich das Interesse Pirogoffs an der messerlosen Chirurgie der Hakims und Kaukasier, welche mit ihren aus Bockshörnern hergestellten Apparaten Knochensplitter aus der Wunde entfernten und in dieser Weise eine Art Saugtherapie übten. In der Neuzeit ist man geneigt, der bakteriologischen Untersuchung bezüglich der Frage der primären und sekundären Infektion entscheidende Bedeutung beizumessen. So wenig aber die Möglichkeit einer primären Infektion geleugnet werden kann — das lehren ja schon die Erfahrungen der Friedenschirurgie —, so bestimmt sollten wir die Regel aufstellen, daß die Frage nicht auf experimentellem, sondern lediglich auf empirischem Weg gelöst werden kann. Es gilt zu entscheiden, in welchem Prozentsatz in unmittelbarem Anschluß an die Verwundung spezifische Infektionen, welche als solche sichergestellt sind, beobachtet werden. In dieser Beziehung geben nun gerade die Erfahrungen des Balkankrieges mit seinen denkbar ungünstigen Verhältnissen — besonders auf bulgarischer Seite — gute Anhaltspunkte. Wenn wir aber

beobachten, daß auch hier die einfachen Mittel des bloßen Wundschutzes und der Immobilisation zumeist genügten, den Allgemeinzustand wie den Lokalbefund in günstigster Weise zu beeinflussen, so ist man geneigt, die beobachteten Reizzustände nicht so sehr auf Infektionen zurückzuführen wie auf mechanische und chemisch irritierende Einflüsse. Nach den praktischen Erfahrungen genügt jedenfalls zur Wundversorgung die aseptische Okklusion und die Immobilisation der verletzten Teile. Dem Mastisol kommt somit auch nurr die Bedeutung eines guten Klebemittels für die Befestigung der Verbandsstoffe zu. Von dieser abwartenden Behandlung, welche besonders bei den Lungen- und Bauchschüssen geübt werden sollte, sind allerdings die Schädelschüsse auszuschließen, für welche nach den heutigen Behandlungsgrundsätzen im allgemeinen ein möglichst frühzeitiger Eingriff in Frage kommt. Man sollte aber nicht vergessen, daß man durch primäre Eingriffe, wenn sie nicht unter günstigen äußeren Verhältnissen durchgeführt werden können, schaden kann; auch die Statistik kann uns allein Normen nicht schaffen. Besonders bei den Tangentialschüssen sollte die heute geforderte, sonst in der Kriegschirurgie sich sehr bewährende therapeutische Schablone nicht kritiklos zur Anwendung gekommen. *Kayser* (Köln).

Birrell, E. T. F.: Some experiences of the Balkan wars. (Einige Erfahrungen aus den Balkankriegen.) Journ. of the roy. army med. corps Bd. 22, Nr. 5, S. 568 bis 581. 1914.

Verf. war auf bulgarischer Seite tätig in beiden Kriegen. In dem ersten befand sich sein Lazarett in Kirk-Kilisse nahe der Front, im zweiten in Sofia. Seine ärztlichen Erfahrungen umfassen also Material eines Lazaretts der ersten Linie und Material eines Lazaretts der Basis. In Kirk-Kilisse litt das Lazarett besonders unter dem Mangel an Wasser; das Wasser war mehr oder weniger verschmutzt. Es wurde aber vom Abkochen abgesehen, da dies doch nicht einwandfrei durchgeführt worden wäre, dafür in jeden irdenen Krug, der in den Krankenräumen aufgestellt wurde, 2 Tabletten Natrium bisulfuricum getan. Dem Personal wurde nach Möglichkeit Tee verabreicht. In Sofia litten sie unter einer schrecklichen Fliegenplage. Für die Latrinen erwies sich Abwaschung der Sitze und Übergießen des Grubeninhaltes mit Petroleum als wirksam. Die Maden erstickten unter der Ölschicht und der Geruch hielt die Fliegen ab. Von Cholerafällen blieb das Lazarett verschont. Verf. gibt nach offiziellen Zahlen die Mortalität der Cholera bei den Bulgaren auf nur 13% an, während sie bei den Rumänen, die einen Teil Bulgariens besetzt hatten, 50—60% betragen haben soll. Ob die Rumänen, wie die Bulgaren behaupten, die Cholera mit sich gebracht haben, d. h. eine schwerere Form, oder ob die Bulgaren immuner waren als die Rumänen, läßt Verf. unentschieden. An Typhus hatte das Lazarett nur 3 Fälle, obwohl Typhus im ersten Kriege sehr häufig war. Typhusvaccine erwies sich insoweit als günstig, als das Allgemeinbefinden sich wesentlich besserte, der Gesichtsausdruck frischer wurde und die nervösen Erscheinungen verschwanden, die Zunge sich reinigte, der Appetit zurückkehrte. Der Ablauf der Erkrankung wurde nicht verändert. Von besonderem Interesse war der Hunger der Kranken und auch des ärztlichen Personals nach Zucker. Die Zuckerration der Bulgaren ist sehr gering (ca. 3 g pro Tag). — Chirurgische Beobachtungen: Alle Fälle mit Ausnahme eines waren bereits bei der Einlieferung infiziert. Die meisten Fälle, die von Tschataldscha kamen, waren tamponiert aus Angst vor Blutung. Wenn der Tampon gelockert wurde, ergoß sich meist ein Strom von Eiter aus der Wunde. Trockene und feuchte Verbände erwiesen sich als gleich gut, solange nur für Drainage gesorgt war. Das Lazarett hatte große Verbandstoffsterilisatoren mit, die die Sterilisierung angekaufter Gaze und Watte gestatteten. Die kleinen Feldapparate haben nur Wert für die Sterilisierung der Instrumente. Die Bulgaren gebrauchten antiseptische (Sublimat usw.) Verbandstoffe; sie reizten stark, und die Reizung täuschte leicht Erysipel vor. Vom Jod wurde sowohl zur Händedesinfektion wie zur Desinfektion der Wunde bzw. des Operationsfeldes reichlich Gebrauch gemacht. Da aber kein Spiritus vorhanden war außer dem für die Sterilisatoren benötigten, wurde das Jod in Wasser gelöst. Aus 2 Teilen Jodkalium und 1 Teil Jod wurde eine 10proz. Stammlösung hergestellt. Zur Desinfektion des Operationsfeldes wurde diese Stammlösung verwandt. Zu Spülungen, zur Desinfektion der Hände und Handschuhe wurde sie verdünnt auf die Farbe hellen bzw. dunklen Sherrys. Die Aufpinselung der Stammlösung war nahezu die einzigste Vorbereitung für die Operation, und reine Operationswunden heilten per primam. Verf. konnte einen Unterschied zwischen der wässerigen und der alkoholischen Lösung nicht feststellen. Von bulgarischer Seite wurde das Jod zu reichlich und zu intensiv angewandt. Die Wunden zeigten ein schmutziges Aussehen, es kam nicht zur Bildung von Granulationen. Sobald man aber die Jodbehandlung einschränkte, bekamen die Wunden sofort ein frisches Aussehen. Von der Rückenmarksanästhesie wurde infolge Zerbrechens des Apparates kein Gebrauch gemacht. Verf. hegt auch Zweifel, ob es ratsam gewesen wäre, die ziemlich mißtrauischen und ängstlichen Bulgaren einer größeren Operation bei Bewußtsein zu unterziehen. Die Gummihandschuhe erwiesen sich als außerordentlich wertvoll. Ihre Desinfektion war leicht in stärkerer Jodlösung. Auch Operationsmäntel erwiesen sich als direkt notwendig bei dem Schmutz der eigenen Kleidung. Die Röntgenstrahlen waren gleichfalls von großem Nutzen, nur konnte von

Aufnahmen wegen des Wassermangels wenig die Rede sein. Man war im allgemeinen auf Durchleuchtungen angewiesen. Für diese waren aber die Röhren anfangs zu weich, wenigstens für dickere Körperteile, für die sie ja gerade besonders benötigt wurden. Von den 355 Verwundungen waren 304 = 85% durch kleinkalibrige Geschosse bedingt. 35 = 9,9% durch Schrapnells; 9 = 2,5% durch Handgranaten, nur eine durch Bajonett. Von den Fleischwunden betraf die größte Zahl, 117, die unteren Extremitäten, nur 7 die oberen; 10 den Rücken. Schußbrüche langer Knochen: 1 Unterkiefer, 4 obere Extremität, 17 untere Extremität. Frakturen kurzer Knochen: 1 Oberkiefer, 3 obere, 11 untere Extremität. Verletzungen des Rückenmarks 1, großer Nervenstämme: untere Extremität 3. Verletzung von Arterien: 2 obere, 5 untere Extremität. Penetrierende Verletzungen: Kopf 2, Brust 3, Abdomen 1. Mehr als eine Verwundung hatten 8,7% der Verwundeten. *Wiemann* (Kiel).

Lenger: Quelques cas intéressants de plaies par arme à feu de petit calibre. (Einige interessante Fälle von Kleinkaliberverletzungen.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. 53, Nr. 1, S. 21—29. 1914.

Fall 1. 24jähriger Mann; am 7. Januar 1890 Schuß in die rechte Hinterbacke; kaum Beschwerde; Arbeitsaufnahme am zweitnächsten Tage; nach acht Tagen Blutbeimengung zum Harn, die nicht beachtet wird; Anfang November 1890 mehrfach plötzliche Unterbrechung des Harnstrahls. Operation ergibt inkrustierte Kugel in der Blase; Heilung. Fall 2. 31jähriger Mann; am 20. Oktober Schuß in die linke Wange nahe dem Jochbein vor dem Unterkiefergelenk; drei andere Kugeln haben nur unwesentliche Verletzungen gesetzt; die eingedrungene Kugel läßt sich radiographisch unter der rechten Augenhöhle feststellen; starke Blutung aus Mund und linker Nasenhöhle, die trotz Ruhe sich wiederholt und durch Unterbindung der linken Carotis externa am 21. November endgültig gestillt wird. Fall 3 u. 4. Brustschüsse, konservativ behandelt und geheilt. Fall 5. 41jähriger Mann; Schuß ins linke Hypochondrium; Kugel ist unter der Haut links neben der Wirbelsäule zu fühlen; unmittelbar darauf beträchtliches Blutbrechen; acht Stunden nach der Verletzung Bauch weich, nicht schmerzhaft; Puls klein, regelmäßig; Diät, völlige Ruhe, Eisblase, Campher, subcutane Infusion; nach 10 Tagen gesund entlassen.

Schlußfolgerungen: Bei Kleinkaliberverletzungen ist möglichst konservatives Verfahren angezeigt; auch bei Friedensbauchschüssen soll abgewartet werden, wenn Allgemeinzustand und Puls gut sind und keine Zeichen für innere oder äußere Blutung bestehen, besonders wenn mehrere Stunden nach der Verletzung alarmierende Zeichen nicht vorhanden sind. *zur Verth* (Kiel).

Laurent, O.: Les blessures du crâne par projectiles de guerre d'après l'expérience des deux guerres balkaniques. (Schädelverletzungen nach Erfahrungen in den beiden Balkankriegen.) Bull. méd. Jg. 28, Nr. 42, S. 541—543. 1914.

Schädelverletzungen sind die gefährlichsten Kriegsverletzungen. Von 100 Schädelverletzten gehen 55 sofort zugrunde, gegen 40 bei Rumpfverletzungen und 5 bei Gliedmaßenverletzungen. Mehr als ein Viertel der Schädelverletzten erliegen ihrem Leiden noch in den Ambulanzen, und zwar meist in den ersten 24 Stunden. Die Trepanation muß also vor Ablauf des ersten Tages nach der Verletzung vorgenommen werden. Nach der primären Operation starben 15—20% der Trepanierten, nach der sekundären ungefähr die Hälfte. Verletzungen der Schädelbasis sind am meisten verhängnisvoll, während die Verletzungen der oberen Hälfte des Kopfes der Gegend nach überall gleich schwer sind. Noch auf 1000 m kommen Durchschüsse zustande. 10% der Schußverletzungen sind Durchschüsse, 45% Tangentialschüsse. Betroffen ist am häufigsten die frontoparietale Gegend. Vielleicht läßt sich auf Grund dieser Feststellung eine Schutzvorrichtung am Helm anbringen. Als Komplikationen kommen in Betracht Menigoencephalitis, fast immer tödlich; Gehirnabsceß, ebenfalls prognostisch ungünstig; Hernia cerebralis in etwa 10%, meist tödlich; Retention von Fremdkörpern, an sich niemals Indikation zum Eingriff; Spätkomplikationen auf motorischem, sensorischem oder psychischem Gebiet. Sämtliche Schädelschüsse außer dem Durchschuß mit engen Öffnungen sind dem primären Eingriff zu unterwerfen, der in Desinfektion, Wundherrichtung, Abtragung von Splittern und Hebung von Fragmenten besteht. Besondere Bruchformen (Tangentialschüsse, Segmentschüsse u. a. m.) erfordern besonders umfangreiche Eingriffe; doch sind große Trepa-

nationsöffnungen, denen Hirnbrüche folgen können, zu umgehen. Drainage wenn eben möglich vermeiden oder doch möglichst abkürzen! Haut ganz nähen! Brüche in der Sinus- und Nasengegend sind wegen der Infektionsgefahr besonders gefährlich. Durchschuß soll nur bei Verletzung der occipitalen Augenzentren (oder bei sonstigen Komplikationen) operativ angegriffen werden. Bilaterale Trepanation kann in solchen Fällen glänzende Resultate geben. *zur Verth* (Kiel).

Anastassiadès, Thémistoclès: Observations chirurgicales de la guerre hellénobulgare; nouveau procédé de contention de la hernie cérébrale consécutive à un traumatisme ou à une opération. (Chirurgische Beobachtungen aus dem griechisch-bulgarischen Kriege; neues Verfahren zum Zurückhalten eines Hirnvorfalls infolge einer Verletzung oder einer Operation.) Journ. de méd. interne Jg. 18, Nr. 15, S. 142—143. 1914.

Anastassiadès spricht sich für möglichst frühzeitige Trepanation bei Schädelschüssen aus. Bei einem Falle von hartnäckigem Hirnvorfall half er sich durch folgendes Verfahren:

Aus einem $^1/_2$ mm dicken Bleiblech formte er eine Prothese, in der Art, daß die Mitte der Platte über einem zylindrischen Gegenstande in der Größe des Vorfalles ausgetrieben wurde. Die Vorwölbung wurde mit mehreren Öffnungen zum Abflusse des Wundsekretes versehen und die so konstruierte Prothese wurde sterilisiert zwischen zwei Gazelagen auf die Wunde gelegt, indem die überstehenden Ränder der Bleiplatte mit einer Binde am Kopf befestigt wurden. Mit fortschreitender Vernarbung wurden ebenso angefertigte, aber entsprechend kleinere Prothesen verwendet. A. hat in mehreren Fällen auf diese Weise den Hirnprolaps zur Heilung gebracht. *Colmers* (Coburg).

Laurent, O.: Les blessures de la poitrine. (Die Verletzungen der Brust.) Bull. méd. Jg. 28, Nr. 34, S. 427—429. 1914.

Laurent schätzt die Zahl der Brustverletzungen auf 6,5 bis 8% aller Verwundungen überhaupt, während sie nur in $^1/_5$ der Fälle Invalidität bedingen. Die Verletzungen der großen Gefäße ist nicht unbedingt tödlich; L. konnte einen Fall von Aneurysma der rechten Art. pulmonalis beobachten. Das Spitzgeschoß kann durch seine Umdrehung im Verlaufe des Schußkanales eine größere Zerreißung des Lungengewebes bedingen, das gleiche vermögen mitgerissene Knochensplitter der Rippen. Der Schock ist meist leicht, so daß der Verwundete oft weiter zu kämpfen oder den Verbandplatz aufzusuchen vermag. Rippenfrakturen erhöhen Dyspnöe und Cyanose. Hämoptyse hat L. in 75% seiner Fälle beobachtet. Schrapnellverletzungen disponieren zur Eiterung. Emphysem ist nicht häufig, ebenso Pneumothorax. Empyem findet sich hauptsächlich bei Schrapnellwunden oder bei Komplikation mit Rippenfraktur. Oesophagusverletzungen konnte L. nie nachweisen. Transport ist möglichst zu vermeiden, da er zu schweren Blutungen führen kann und die Infektion begünstigt. Transport verursacht Fieber, auch bei nicht infizierten Fällen, das nach einigen Tagen verschwindet. Bei großen Ergüssen, die die Atmung behindern oder bei verlangsamter Resorption ist die Punktion auszuführen, bei Infektion, bei in die Lunge gespießten Knochensplittern, oder zwecks Extraktion eines besonders großen oder irritierenden Geschosses die Thorakotomie, die so einfach wie möglich und möglichst ohne Rippenresektion ausgeführt werden soll. Die Mortalität der Thorakotomie ist sehr hoch, sie soll deshalb nur in dringenden Fällen ausgeführt werden. Die Behandlungsmethode der Wahl ist die exspektative. Verletzungen des Herzen kommen sehr selten auf die Verbandsplätze. *Colmers* (Coburg).

Delrez, L.: A propos du traitement des plaies par arme à feu de l'abdomen. (Über die Behandlung von Schußwunden des Bauches.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liége Jg. 53, Nr. 3, S. 48—57. 1914.

Delrez weist nach, daß die Zahl der in den letzten Kriegen in den rückwärtigen Lazaretten behandelten Bauchschußverletzungen extrem gering war, weil die meisten derselben auf dem Schlachtfelde oder auf dem Transporte zugrunde gehen. Der Satz:

Die nicht operierten Bauchverletzten werden gesund, die operierten sterben, besteht zu Unrecht. Die Mortalität der Bauchverletzungen im Kriege beträgt 70 bis 80%. D. weist ferner an Statistiken und an Fällen aus der Literatur sowie an einem eigenen nach, daß auch im Frieden bei Bauchverletzungen die Mortalität, wenn nicht in den ersten Stunden operiert wird, eine sehr hohe (ca 70%) ist und daß ferner auch die schwersten Verletzungen häufig in den ersten Stunden nicht die geringsten Symptome machen. Er stellt sich deshalb mit Entschiedenheit auf den Standpunkt, daß bei Bauchschußverletzungen im Frieden stets sofort laparotomiert werden soll. Auch das Fehlen von Symptomen 15—18 Stunden nach der Verletzung gibt noch keine Garantie der Sicherheit für den Verletzten, da in zahlreichen Fällen schwere Zufälle erst nach 24 Stunden, ja sogar mehrere Tage nach der Verletzung beobachtet worden sind. *Colmers* (Coburg).

Grinenko, A., und W. Lastotschkin: Die Bedeutung von Röntgenapparaten in den Feldlazaretten auf Grund der Erfahrungen der Eugeniengemeinschaft des russischen Roten Kreuzes im Serbisch-Bulgarischen Kriege 1913. Westnik Krassnawo Kresta (Zeitschr. d. Roten Kreuzes) Jg. **1914**, Nr. 4, S. 540—556. (Russisch.)

Bericht über 11 Fälle von schweren Schußverletzungen aus dem genannten Kriege, bei welchem die Projektile nur mit Hilfe der Röntgenaufnahmen und Durchleuchtungen entfernt werden konnten. *Schaack* (St. Petersburg).

Koltschin, V. F.: Einige Worte zur Frage der Leichtkrankenabteilungen während des Russisch-Japanischen Krieges. Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 5, S. 79—83. 1914. (Russisch.)

Schon Pirogoff hat die Wichtigkeit solcher Abteilungen erkannt; dennoch war die Organisation derselben im letzten Kriege sehr unbefriedigend, da die Marodenhäuser im weiten Hinterlande eingerichtet wurden, so daß der Austausch mit den Feldtruppen sehr erschwert war, zugleich aber die Leichtkranken in der Ferne von der Front einer Demoralisierung unterfielen. Entsprechend dem Reglement, will Verf. in Zukunft die Einrichtung der Leichtkrankenabteilungen nur neben Feldlazaretten ausgeführt wissen, indem streng darauf zu sehen wäre, daß die Wiedergenesenen sofort zur Front zurückkämen. *Stromberg* (St. Petersburg).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

● **Buxton, Dudley Wilmot: Anaesthetics, their uses and administration. 5. ed.** (Anaesthetica, ihr Gebrauch und ihre Anwendung.) London: H. K. Lewis. 1914. XIV, 477 S. Sh. 10/6.

Das vorliegende Buch verfolgt den Zweck, nicht nur die Technik der einzelnen Anästhesierungsverfahren zu lehren, sondern den Lernenden in die wissenschaftlichen Grundlagen so weit einzuführen, daß ihm eine sinngemäße und nicht lediglich mechanische Anwendung der mannigfachen Methoden möglich wird. Es werden nicht nur die zahlreichen Verfahren der Allgemeinnarkose abgehandelt, sondern es findet auch die örtliche Schmerzbetäubung in ihren verschiedenen Anwendungsarten und die Rückenmarksanästhesie kurze Berücksichtigung. Über die neueren Anwendungsarten der Allgemeinnarkose, besonders über die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose, über die „offenen Methoden" der Ätherdarreichung, über die intravenöse Narkose, die intratracheale und pharyngeale Insufflation, die intrarectale Narkose, die Vorbereitung der Allgemeinnarkose durch Scopolamin, Atropin und Opiate erhält der Leser ausreichende Auskunft. Die epidurale Anästhesie ist nicht berücksichtigt. Einen breiten Raum nehmen die Hinweise auf die speziellen Anwendungsarten und das Indikationsgebiet der einzelnen Verfahren bei den verschiedenen Operationen und in den verschiedenen Operationsgebieten ein. Schwierigere Apparate, Operationsgruppen, bei denen die Anwendung der Narkoseapparate Besonderheiten bietet, der Verlauf der Venen, die für die intravenöse Narkose und der Nerven, die für die Leitungsanästhesie vorwiegend in Frage kommen, sind durch einfache und klare Abbildungen erläutert (8 Tafeln und 84 Textfiguren). Nach Ausstattung und Form muß die in dem Erscheinen der 5. Auf-

lage sich ausdrückende Wertschätzung des Werkes als wohlbegründet bezeichnet werden. *M. v. Brunn* (Bochum).

Hornabrook, R. W.: Some of the difficulties the anaesthetist has to contend against. (Einiges über die Schwierigkeiten, mit denen der Narkotiseur zu kämpfen hat.) Australas. med. gaz. Bd. **35**, Nr. 17, S. 355—361. 1914.

Verf. sieht vom Gesicht des Patienten nur das Ohrläppchen, das in vorzüglicher Weise eine Kontrolle des Aussehens erlaubt. Weiter weist er auf den schädlichen Einfluß der Flachlagerung nach der Narkose hin. Auffallend war z. B. wie bei dem früher geübten Heraufbringen des Patienten über die Treppen mit dem Kopf nach abwärts das Erbrechen viel häufiger war, als von dem Augenblicke an, wo man umgekehrt trägt. Allgemeine Statistik ohne nähere Details. Kein Todesfall unter 20 584 Fällen. Äthylchlorid soll stets unter freier Luftzufuhr verwendet werden, da andere Methoden gefährlich sind. *Kulenkampff* (Zwickau).

Neuhof, Harold: Supraclavicular anesthetization of the brachial plexus. A case of collapse following its administration. (Supraclaviculare Anästhesie des Plexus brachialis. Kollaps nach ihrer Anwendung.) (*Mount Sinai hosp. disp., New-York.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 21, S. 1629—1631. 1914.

Neuhof beschreibt die in Amerika noch wenig bekannte Methode der Plexusanästhesie nach Kulenkampff, welche er für eine wertvolle Bereicherung der Verfahren der Leitungsanästhesie hält, vorausgesetzt, daß es gelingt, schädliche Nebenwirkungen zu vermeiden. Von solchen hat er bei seinem bisher noch kleinen Material einen Fall von schwerstem Kollaps bei einer 40jährigen Frau erlebt. Der Zwischenfall ereignete sich nach der Einspritzung von 10 ccm einer 1proz. Novocainlösung mit Zusatz von Epinephrin. Die Einspritzung verlief ohne alle technische Schwierigkeiten, auch trat die Anästhesie vollständig ein. Schon eine Minute nach der Einspritzung trat schwerster Kollaps ein, der erst nach 4 Stunden einer Besserung Platz machte. Bemerkenswert ist, daß die Kranke blutig gefärbtes Sputum aushustete. N. erklärt den Kollaps durch akute Novocainvergiftung, während er eine Reaktion auf die Reizung der Nerven für weniger wahrscheinlich hält. Die Möglichkeit einer Pleuraverletzung wird nicht erörtert. *M. v. Brunn* (Bochum).

Hoffmann, Adolph, und Martin Kochmann: Untersuchungen über die Kombination der Lokalanaesthetica mit Kaliumsulfat, nebst Angabe einer einfachen Wertbestimmungsmethode der Lokalanaesthetica. (*Chirurg. Klin. u. pharmakol. Inst., Greifswald.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 489—511. 1914.

Es wurden einer eingehenden Prüfung am Menschen und am Tier folgende Lokalanaesthetica unterzogen: Acoin, Cocain, Tropacocain, Stovain, β-Eucain, Novocain, Alypin, Kaliumsulfat. Bei Kombination eines der anderen Anaesthetica mit Kaliumsulfat ergab, daß Novocain eine Potenzierung der Wirkung um 75, Cocain 85, Tropacocain, Holocain um 50, β-Eucain um 20% aufweisen. Eins ergab eine Addition der Wirkung (Acoin) und die übrigen eine Abschwächung. Dies widerspricht der Regel Bürgis. Bezüglich der Wirkungsdauer zeigten Cocain, Novocain, Holocain und Kaliumsulfat eine Zeitpotenzierung, β-Eucain, Tropacocain eine Addition, Alypin, Stovain Verkürzung. Eine Erklärung läßt sich finden in der schweren Diffusibilität des Sulfates. Nach der Grenzkonzentration für Meerschweinchen stellt sich folgende Reihenfolge ein: Cocain (höchste Toxizität) Holocain, Alypin, Acoin, Tropacocain, Stovain, β-Eucain, Novocain, Kaliumsulfat. Die letale Dosis der Kombination von Kaliumsulfat mit Novocain bzw. Stovain ist kleiner als die Summe der halben Grenzdosen. Aus allen Versuchen ergibt sich, daß der praktische Wert einer Kombination von Novocain und Kaliumsulfat 10—11mal höher ist als der von Novocain allein, und daß gerade diese Kombination von allen das Optimum bedeutet. *Weichert* (Breslau).

Pirrung, J. Edw.: The intravenous use of hedonal as an anesthetic. (Die intravenöse Hedonalnarkose.) Lancet-clin, Bd. **109**, Nr. 10, S. 269—270. 1913.

Verf. hat die von Fedoroff angegebene intravenöse Hedonalnarkose, die bisher bei 2000 Patienten ohne Todesfall zur Anwendung kam, nachgeprüft. Gewöhnlich tritt nach Einlaufen von 200—300 ccm 0,75proz. Hedonalkochsalzlösung tiefer normaler Schlaf und völlige Anästhesie ein. Mehr als 1000—1200 ccm sollen nicht verwandt werden wegen Gefahr der Atemstörung. Exzitation, postoperatives Erbrechen und

Kopfschmerz sollen fehlen, auch die Bauchmuskeln während der Narkose eine bessere Entspannung zeigen als bei den anderen Methoden. *Rittershaus* (Düsseldorf).°

Lessel, J. Fred: A clinical study of acapnia. (Eine klinische Studie über die Acapnia). Clin. journ. Bd. 43, Nr. 19, S. 302—304. 1914.

Verf. beschreibt eine Narkosestörung, bei der der Patient plötzlich ohne jegliche sonstige Störungen im 3. Narkosestadium eine Atemlähmung bekam, die durch künstliche Atmung behoben wurde. Eine künstliche Atmung erfordernde Atemstörung trat unter 412 Fällen bei freier Luftzufuhr 20 mal auf, unter 547 weiteren Fällen nach der Wiedereinatmungsmethode nur 5 mal auf. Verf. bespricht die Gründe, die man hierfür anschuldigen kann und kommt unter Ausschluß anderer dazu, sie in der Acapnie nach den Anschauungen von Henderson zu finden. *Kulenkampff* (Zwickau).

Desinfektion und Wundbehandlung:

Bechhold, H.: Von der Reinigung der Hände. (*Kgl. Inst. f. exp. Therap., Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 77, H. 3, S. 436 bis 459. 1914.

Die Untersuchungen Bechholds befassen sich zunächst mit den Vorgängen bei der Verschmutzung der Hände. Es fand sich, daß aus einer Aufschwemmung, welche Ruß oder Bakterien enthielt, an der entfetteten, benetzbaren Haut Ruß oder Bakterien adsorbiert werden. Durch Hin- und Herbewegen eines Baumwollstranges in einer Staphylokokkenemulsion werden der Flüssigkeit verhältnismäßig um so mehr Bakterien entzogen, je weniger sie enthält. Desgleichen entzieht die Hand beim Waschen im beschmutzten Wasser ohne Seife dem Waschwasser verhältnismäßig um so mehr Schmutz, je reiner es ist. Im Gegensatz zu den bisherigen Untersuchungen über die Waschwirkung der Seife, welche nur die Seifenlösungen berücksichtigt haben, richtete B. sein Augenmerk auf die Wirkung der eingeriebenen festen Seife. Er fand, daß die eingeriebene feste Seife den Schmutz wie ein Abziehbild von der Haut abzieht. Eine Haut, welche durch Salzsäurelösung sauer gemacht wurde, hielt den Schmutz fester als neutrale oder durch Ammoniak alkalisch gemachte Haut. Die Waschwirkung und die Desinfektionswirkung von Seifen im Reagensglas gingen parallel. Sie beruhen auf der Umhüllung der Schmutzteilchen und Bakterien mit einer Schicht hydrolytisch abgespaltener Fettsäure oder sauren fettsauren Alkalis. Trotz einer im Reagensglas erweisbaren Desinfektionswirkung der Seifen gelingt es nicht, durch Seifenwaschung allein eine praktisch brauchbare Desinfektion der Haut zu erzielen. Der bakteriologische Versuch führt sogar zu dem anscheinend paradoxen Ergebnis, daß nach dem Waschen mit Seife die Keimzahl der Hautoberfläche steigt. Es hat das seinen Grund darin, daß durch die Waschung die Keime von der Unterlage gelockert und so leichter abstreichbar werden, eine für den Chirurgen höchst bedeutungsvolle Tatsache. Sehr kräftige Desinfektionsmittel, z. B. Tribromnaphthol, werden in Form von Seifen bei der Hautdesinfektion in ihrer Wirkung schwer beeinträchtigt. 70proz. Alkohol erwies sich als ein gutes, wenn auch nicht ganz zuverlässiges Desinfiziens für die Haut. Seine Wirkung beruht auf seiner niedrigen dynamischen Oberflächenspannung, die ihm ein rasches Eindringen in die capillaren Räume der Hautoberfläche gestattet. Wässerige und auch alkoholische Seifenlösungen haben eine erheblich höhere Oberflächenspannung und dringen daher in die capillaren Räume nur langsam ein. Um ein längeres Vorhalten der desinfizierenden Wirkung des Alkohols zu erzielen, neigt B. dazu, für länger dauernde Operationen einen Zusatz eines chemischen Desinfiziens zu empfehlen. — Bezüglich der Untersuchungstechnik sei noch bemerkt, daß B. die Prüfung der Händedesinfektion im Paul-Sarweyschen Kasten noch dadurch verschärfte, daß er zum Waschen statt des Wassers kolloide Lösungen in Form von Ochsenserum oder von künstlichem Serum verwendete. Er konnte dadurch etwa ein Drittel mehr Keime von der Hand lösen, als durch Waschung mit Wasser oder schwachen Laugen. *M. v. Brunn* (Bochum).

Costa, Romolo: Utilità dell' impiego del vapor d'acqua nella disinfezione della mano. (Nutzen der Anwendung von Wasserdampf zur Desinfektion der Hand.) Gazz. ital. d. levatr. Jg. 3, Nr. 8, S. 113—118. 1914.

Da die übliche Desinfektion der Hände durch Seifen und Bürsten mit heißem Wasser, danach Abreiben in Alkohol nur die auf der Hautoberfläche liegenden Keime tötet oder entfernt, die in den Haarbälgen, Talg- und Schweißdrüsen liegenden aber unberührt lässt, so daß sie unter dem Gummihandschuh mit dem Schweiß an die Oberfläche kommen, empfiehlt Verf. die Hände dem Wasserdampf auszusetzen. Es sollen dadurch die tiefliegenden Keime herausgetrieben und abgetötet werden. Auf welche Versuche sich diese Annahme stützt, wird nicht mitgeteilt; ein Fall, wo eine Hebamme mehrere Infektionen verursachte, bis sie Wasserdampf anwendete, beweist nichts, wie Verf. zugibt. In der geburtshilflichen Klinik des Verf ist folgende Desinfektion eingeführt: 10 Minuten Seifen und Bürsten, 10 Minuten Anwendung von Wasserdampf, einige Minuten Eintauchen in eine desinfizierende Lösung.

Nägelsbach (Erlangen).

Laubenheimer, K.: „Festalkol" als Händedesinfektionsmittel. (*Hyg. Inst., Univ. Heidelberg.*) Hyg. Rundschau Jg. 24, Nr. 9, S. 501—507. 1914.

Nach dem Ergebnis der Untersuchungen des Verf. ist in dem Festalkol ein ganz ungenügend wirksames Händedesinfektionsmittel zu erblicken, das für keinen Fall den flüssigen Alkohol zu verdrängen berechtigt ist. Es reicht bei weitem nicht an die Wirksamkeit der gebräuchlichen Händedesinfektionsmethoden, auch nicht an manche neu eingeführte Mittel, z. B. an das Chlormetakresol. Der Unterschied zwischen diesen Erfahrungen und den sehr günstigen Ergebnissen von Selter, Martius und Borrmann erklärt sich leicht daraus, daß der Verf. sich nicht der gleichen primitiven Versuchsanordnungen bediente wie die genannten Autoren, sondern sich an die Vorschrift Paul-Sarweys hielt, der zufolge nicht nur die Haut der Handfläche und des Handrückens, sondern auch Nagelfalze und Unternagelräume mit einem Hölzchen abgeschabt werden müssen, und zwar erst dann, wenn nach beendeter Desinfektion die Haut der Hände in warmen Wasser- oder Sandbädern aufgeweicht ist, so daß die Tiefenkeime an die Oberfläche gelangen konnten. Bei der geringen Menge Alkohol (17 ccm), die in den zu einer einmaligen Händedesinfektion vorgeschriebenen 3 Stückchen Festalkol enthalten ist, kann das Versagen des Mittels, wie es sich bei exakter Prüfung ergibt, nicht wundernehmen. *Genewein.*

Schall, M.: Technische Neuheiten auf dem Gebiete der Medizin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege. Die Herstellung von aseptisch-sterilem Näh- und Verbandsmaterial. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 21, S. 1068. 1914.

Das Grafsche Catgut wird in der Weise sterilisiert, daß es als fertiger Faden auf die Dauer von mindestens 3 Wochen, je nach der Fadenstärke auch länger, in eine 10 proz. Perubalsam-Äther- oder Alkohol-Lösung zu liegen kommt, nachdem der ungedrehte Darm in der gleichen Lösung vorbehandelt wurde. Die Trocknung geschieht in einem auf 20° erwärmten Sterilisator.

Genewein (München).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Stere, Aristide: Appareil pour maintenir les greffes Tiersch. (Apparat zur Fixation Thierschscher Lappen.) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. 1, Nr. 4/6, S. 321—324. 1913.

Ein Netz aus feinem, biegsamem Draht wird direkt auf die Lappen gelegt und mit Seide an der Haut festgenäht. Darüber gelegte Gaze kann man beliebig oft wechseln, ohne Gefahr zu laufen, daß man die Lappen aus ihrer Lage bringt. *Herzfeld.*

Farr, R. E.: Modification of the brophy mouth-gag. (Modifikation des Brophyschen Mundspeculum.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 20, S. 1557. 1914.

Verf. hat das Speculum zum Zusammenklappen eingerichtet, so daß es geschlossen eingeführt und dann erst geöffnet werden kann. *Krüger* (Weimar).

Schall, M.: Technische Neuheiten auf dem Gebiete der Medizin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege. Urethroskop. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 21, S. 1068. 1914.

Die Neuerung an diesem Operationsurethroskop besteht in einer von außen einstellbaren Vorrichtung, die es ermöglicht, den Samenhügel niederzudrücken, um die Berührung desselben mit dem Instrument während der Operation zu vermeiden. *Genewein* (München).

Drott, A.: Ein wohlfeiler Gipsgehverband bei Unterschenkel- und Fußverletzungen. Med. Klinik Jg. **10**, Nr. 22, S. 935—937. 1914.

Anstatt in der üblichen Weise dem Gehgips seine Stützpunkte am Becken zu geben, läßt Drott diesen an den Weichteilen des Oberschenkels angreifen in Form eines entsprechend hohen Gipsringes, welcher dann fest mit dem nach Maß gearbeiteten Entlastungsbügel verbunden wird. Die beiden senkrechten Streben des Bügels werden durch mehrere Riemen an dem selbständig gearbeiteten Unterschenkelgips befestigt. *Grashey* (München).

Meille, Luigi: Un nuovo busto razionale e scientifico. (Studio di ortopedia addomino-mammaria.) (Ein zweckmäßiges und wissenschaftliches Leibkorsett.) Torino: Merlo e Parigi 1914. 32 S.

Verf. beschreibt einen Unterleibsstützapparat, welcher einen bis zu den Schulterblättern reichenden nachgiebigen Rückenteil und einen den Leib von unten-vorn nach hinten-oben hebenden, ausaneinandergereihten, unelastischen Bändern bestehenden Unterleibsteil hat. Er hat diese verbesserte Unterleibsbandage in vielen Fällen von Hängebauch, Bauchbrüchen, Magenerweiterung, besonders aber bei Enteroptose mit Erfolg verwandt. Wenn auch die letztere mit ihrer Wanderniere, ihrer Darm- und Lebersenkung nicht dadurch geheilt wird, so schwinden doch bei dauerndem Tragen alle die vielen Beschwerden, über welche die an Enteroptose leidenden Kranken dauernd klagen. Der Apparat heißt „Clam" und ist in Turin bei der Direzione ed administrazione della „Clam", via Principe Tommasso, zu beziehen. *Herhold* (Hannover).

Radiologie:

Meitner, Lise: Über die physikalischen und chemischen Eigenschaften der radioaktiven Substanzen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **22**, H. 2, S. 179 bis 192. 1914.

Mesernitzky, P. G.: Die Radioelemente (Radium, Thorium-X, Mesothorium und Aktinium) und ihre Anwendung in der praktischen Medizin. Klinische Monographie. Beilage zu Nr. 18 der Wratschebnaja Gazeta, April 1914, S. 1—32. (Russisch.)

Kurze und übersichtliche Bearbeitung des Stoffes. Zunächst eine physiko-chemische Beschreibung der Radioelemente und der Methoden, die Radioaktivität derselben zu messen. Dann werden die einzelnen Elemente besprochen, am ausführlichsten das Radium und seine klinische Anwendung. Zu empfehlen ist 50—100 mg Radium in einer Sitzung 2—3 mal in der Woche. In schweren Fällen wird diese Dose bis zu 4—12 Wochen angewandt. Als Filter werden Gold- oder Bleikapseln benutzt. Bei oberflächlichen Geschwülsten der Brust und Bauchgegend werden 50—200 mg Radium in Bleikapseln von 2 mm Dicke oder Goldkapseln von 0,6 mm gebraucht. Bei Carcinomen des Dickdarms ist vor zu starken Dosen zu warnen, es treten schmerzhafte Tenesmen auf, daher nicht mehr als 50 mg Radium mit einem Goldfilter anwenden. Ein goldener Filter reizt weniger. Das 3. Kapitel ist dem Thorium, Mesothorium und Thorium-X gewidmet. Thorium wird in ähnlichen Präparaten angewandt, hauptsächlich bei Hautkrankheiten. Der letzte Abschnitt behandelt die kombinierte Behandlung mit Radioelementen. Zum Schluß faßt M. seine Ausführungen dahin zusammen, daß bis jetzt immer noch das Messer des Chirurgen als Hauptkampfmittel gegen die bösartigen Neubildungen anzusehen ist. *Schaack.*

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Hirnhäute, Gehirn:

Trendelenburg, Wilhelm: Neuere Methoden und Ergebnisse der Hirnphysiologie. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 22, S. 1015—1018. 1914.

Von neuen Methoden zur Prüfung der Hirnphysiologie erwähnt Autor: 1. Die Abrichtungsmethoden: Hunde wurden dressiert, Futter nur dann anzunehmen, wenn ein bestimmter „Freßton" erschallte; hierher gehören auch die Pawlowschen Untersuchungen über die „bedingten Reflexe". 2. Die Ableitung von Aktionsströmen zum Nachweis eines Tätigkeitszustandes. 3. Die Ausschaltung von

Hirnteilen. Wir heben die Leistung eines Abschnittes auf und beurteilen sie aus den Ausfallserscheinungen. Es gibt hierzu a) operative Methoden: das „Freihandverfahren"; dem Versuchstier wird in tiefster Narkose die Großhirnrinde zusammenhängend mit wenigen Messerschnitten weggenommen. Bei umschriebenen Teilen wendet man statt der Ausschneidung zweckmäßig die Unterschneidung an, wobei keine Narbe auftritt (vielleicht kurativ bei Epilepsie anzuwenden). Dann das „Verfahren mit geführter Hand" (Trendelenburgscher Apparat für Durchschneidungen von begrenztem Umfang): Dieser Umfang wird nach einem Schnitt aus dem Gehirn eines gleichgroßen getöteten Tieres in Blech ausgeschnitten und ein Messerchen mittels eines kleinen Stiftes in diesem Ausschnitt so geführt, daß seine Spitze in den gewünschten Grenzen sich bewegt. b) nicht operative Methoden: besser, weil reizlos wirkend. Hier ist zu erwähnen, die Trendelenburgsche Abkühlung der Zentralteile, von nur vorübergehender Wirkung. Man kann selbst das ganze Gehirn ausschalten, wenn man nach Verstopfung der Vertebralarterien das Carotidenblut kühlt; das Verfahren ist auch für die Rautengrube, das Halsmark usw. brauchbar. Die Temperaturerniedrigung und deren Tiefe wird mit einer Thermonadel gemessen. Mit dieser Methode ergaben sich ganz neue Ergebnisse der Hirnphysiologie: α) Bei der Abkühlung des Umfanges des Markes an der Grenze von Kopf- und Halsmark geht wie bei der Durchschneidung der Blutdruck herab und die Atmung steht still, ohne daß das Atemzentrum seine Tätigkeit einstellt; daher sitzen im Kopf- und nicht im Rückenmark die führenden Zentren für Atmung und Blutdruck. β) Es läßt sich die Frage entscheiden, ob bei Rückenmarksdurchtrennung der Reflexverlust oder die nachträgliche Reflexlebhaftigkeit als normal anzusehen ist, und zwar in dem Sinn, daß das Rückenmark seine Reflextätigkeit nur bei Bestehen eines Erregbarkeit steigernden Einflusses von Seite der höheren Hirnteile ausüben könne. γ) Es führte die Methode zu eindeutigen Ergebnissen bei dem Versuch, die den Verletzungen des Großhirns folgenden Störungen zu erklären: Sofort nach Kühlung der Rinde wird am Affen die Benutzung des gegenseitigen Armes erschwert, ohne daß diese schwere Veränderung auf seine Psyche einen Eindruck machen würde; bei Erwärmung schwindet die Lähmung wieder sehr schnell und es läßt sich die Ausschaltung beliebig oft wiederholen. Es fehlt das geringste Anzeichen einer Reizung. Die reizlose Ausschaltung durch Kühlung wird sich vielleicht kurativ bei der menschlichen Epilepsie verwenden lassen. *Streissler* (Graz).

D'Abundo, G.: Sulla probabile funzione del nucleo lenticolare. Nota clinica sperimentale. (Über die wahrscheinliche Funktion des Linsenkerns. Experimentelle Studie.) (*Istit. di clin. d. malatt. nerv. e ment. e di antropol. crim., univ., Catania.*) Catania: Off. tip. Giannotta 1913. 21 S.

Die Funktion des im Gehirn liegenden Nucleus lenticolaris ist bisher noch nicht geklärt, nach einigen Autoren wirkt er wie ein motorisches Hilfsganglion, andere sprechen ihm eine motorische Funktion ab. Verf. glaubt durch einen von ihm beobachteten Fall zur Klärung der Frage etwas beitragen zu können.

75jährige Frau, die im 9. Lebensmonat von einer infektiösen Encephalitis befallen wurde, leidet seit jener Zeit an spastischer Lähmung des linken Armes und Beines sowie an Sprachstörung und stirbt plötzlich infolge Lungenentzündung. Die Lähmung der Arm- und Beinmuskulatur war nicht so sehr durch Aufhebung der Muskelkraft als vielmehr durch den Spasmus bedingt gewesen. Die Obduktion dieses Falles von spastischer infantiler Lähmung ergab, daß die ganze rechte Gehirnhälfte in der Entwicklung gegenüber der linken zurückgeblieben war. Auf Durchschnitten des Gehirns fand sich eine Zerstörung des unteren Viertels der hinteren Zentralwindung, der Capsula externa, des Claustrums und des Linsenkerns. Durch die fast völlige Zerstörung des Linsenkerns war bezüglich der Lähmung kein spezifisches Symptom hervorgerufen, diese auch nicht verstärkt worden, was nach Ansicht des Verfs. darauf hinweisen muß, daß der Linsenkern kein motorisches Ganglion ist. Bei Katzen, an welchen Verf. den Thalamus opticus experimentell zerstörte, entstand eine Vergrößerung des Nucleus lentiformis und Nucleus caudatus. Er meint daher, daß diese drei Ganglien in gewisser, die Koordination regelnder Beziehung stehen könnten, ohne diese Ansicht aber für bewiesen zu halten. *Herhold* (Hannover).

Karplus, J. P., und Alois Kreidl: Über Totalexstirpationen einer und beider Großhirnhemisphären an Affen (Macacus rhesus). (*Physiol. Inst., Univ. Wien.*) Archiv f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abt. Jg. **1914**, H. 1/2, S. 155—212. 1914.

Es werden jetzt die ausführlichen Versuchsprotokolle und die Sektionsergebnisse über die Affen veröffentlicht, denen eine oder beide Hemisphären exstirpiert wurden. Die Herausnahme der Hemisphären erfolgt in einem Stück, nachdem das Gehirn durch dazwischen geschobene Wattebäusche gelockert worden ist. Bei einseitig operierten Tieren macht es keinen Unterschied in der Größe des Ausfalls, ob die rechte oder linke Seite operiert wurde. Die Motilität läßt stets deutliche Ausfälle erkennen. Die der Operation kontralateralen Extremitäten zeigen einen gewissen Grad von Parese, die in den vorderen Extremitäten stärker als in den hinteren ausgeprägt ist. Die Restitution kann sehr weit gehen, doch bleiben Einzelbewegungen der vorderen Extremität fast stets schwer gestört, besonders an Hand und Fingern. Die Kopfbewegungen sind normal, Konvulsionen wurden niemals beobachtet. Bei einigen Tieren waren die Reflexe gesteigert, doch bestand im allgemeinen kein größerer Unterschied zwischen der gesunden und der operierten Seite. Es besteht eine dauernde taktile Hypästhesie der kontralateralen Seite, wahrscheinlich auch eine gestörte Sensomobilität, da die Tiere mit Vorliebe auf der Operationsseite kauten. Die hemianopische Störung war dauernd, psychisch bestand keine Veränderung. Ungemein schwere Symptome dagegen bieten die Affen nach der (zweizeitigen) Herausnahme beider Hemisphären. Über die Hälfte der Tiere starb innerhalb 24 Stunden nach der Operation, und nur bei einem konnte von einer ausgesprochenen Erholung und Besserung der Funktionen nach der Operation gesprochen werden. Die anderen verfielen vom Tage der Operation an bis zum Tode immer mehr. Während der ersten Tage nach Herausnahme der zweiten Hemisphäre wurden die vorher paretischen Extremitäten mehr bewegt als die durch die zweite Operation betroffenen Glieder. Die Bewegungen des Kopfes und der Augen waren bei manchen großhirnlosen Tieren anscheinend ungehindert, die Extremitätenbewegungen immer schwer geschädigt. Manche Tiere wiederholten die gleiche Bewegung mehr als 100 mal hintereinander. Ein Tier vermochte sich spontan aufzurichten, in 4 Fällen traten tonische Contracturen auf. Auf taktile Reize traten gelegentlich geringe Reaktionen ein, auf Schallreize erfolgten Ohrmuschelbewegungen und geringe sonstige Reaktionen, auf Lichtreize Verengerung beider Pupillen. Die großhirnlosen Affen gaben außer Schmerzschreien auch andere Laute von sich, doch fehlte jedes Minenspiel. Das Verhalten wechselte von einem mehr somnolenten zu einem mehr wachen. Alle Tiere zeigten bei Eingeben von Nahrung deutliche Schluckbewegungen. Die anatomische Untersuchung ergab, daß in den meisten Fällen die Hemisphären bis auf geringe Reste und auch ein Teil der Stammganglien mit entfernt worden war. *Frankfurther* (Berlin).[M]

Misch, Walter: Zur Ätiologie und Symptomatologie des Hydrocephalus. (Untersuchungen an 60 poliklinischen Fällen.) (*Psychiatr. u. Nervenklin., Berlin.*) Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. **35**, H. 5, S. 439—469. 1914.

Beobachtungen an 60 Fällen von Hydrocephalus. Die Fälle von chronischem Hydrocephalus zeigen häufig Störungen in der Entwicklung. 68% lernten verspätet laufen, 37% verspätet sprechen. Auffallend war die relative Häufigkeit der Linkshändigkeit (17%). Sicher auf syphilitischer Basis entstanden waren 6 Fälle. Bei den 2 Fällen von Meningitis serosa, die beobachtet wurden, waren Anhaltspunkte vorhanden, daß schon vorher ein latenter Hydrocephalus bestanden hatte. Unter 12 Fällen von latentem Hydrocephalus, die von einem Trauma betroffen wurden, zeigten 2 typische posttraumatische Exacerbationserscheinungen. Weiter werden die Symptome des chronischen Hydrocephalus (Verhalten des Schädels, der Reflexe, Augensymptome, Epilepsie, Intelligenzstörungen) eingehend besprochen. Überleben hydrocephalische Kinder die ersten Lebensjahre, so ist die Prognose nicht ungünstig, falls nicht Traumen oder interkurrente Erkrankungen zu Drucksteigerung führen. *Salomon* (Wilmersdorf).[M]

Ballance, Charles A.: A note on a method by which remedial agents may be mingled with the cerebral cerebrospinal fluid. (Mitteilung einer Methode, durch

welche Medikamente mit der Cerebrospinalflüssigkeit gemischt werden können.) Lancet Bd. **186**, Nr. 22, S. 1525—1529. 1914.

Verf. empfiehlt in Fällen von luetischer Gehirnaffektion die Injektion von Salvarsanserum in den 2. Hirnventrikel, da bei der Injektion des Serums in den Subdural- oder Subarachnoidealraum das Medikament in nicht so innigen Kontakt mit den Zellen gelangt wie bei intraventrikulärer Injektion. Die Technik ist analog dem Antonschen Balkenstich. Die Menge der injizierten Flüssigkeit beträgt 35—60 ccm. Verf. beobachtete bei 5 Injektionsfällen keinerlei schädliche Wirkungen. *Denk* (Wien).

Campbell, Harry: The treatment of parenchymatous syphilis by intracranial medication. (Die Behandlung der parenchymatösen Syphilis auf intrakraniellem Wege.) Lancet Bd. **186**, Nr. 22, S. 1529—1531. 1914.

Verf. versteht unter dem Namen parenchymatöser Syphilis des Zentralnervensystems besonders die Tabes und Paralyse, die er angesichts der oft mangelhaften und langsamen Wirkung intravenöser und subcutaner Einspritzungen von Salvarsan durch direkte Injektion von „Salvarsanserum" (Blutserum von mit Salvarsan behandelten Leuten) in die erkrankten Teile des Gehirns zu behandeln vorschlägt. Die Injektionen werden teils unter die Dura, teils in die Seitenventrikel des Gehirns gemacht. Campbell verspricht sich besonders bei den Sehnervenatrophien gute Erfolge. Es wurden bis 40 ccm Salvarsanserum so injiziert. *Linser* (Tübingen).

Stern, Artur: Über eine Schußverletzung des Thalamus opticus nebst Bemerkungen über Tractus-Hemianopsie. (*Poliklin. f. Nervenkr. v. Prof. H. Oppenheim u. Cassirer, Berlin.*) Neurol. Zentralbl. Jg. **33**, Nr. 11, S. 683—688. 1914.

Bei dem Suicid eines 25jährigen Schmiedes drang eine Kugel oberhalb des rechten Mundwinkels ein und blieb in der Parieto-Occipitalgegend rechts nahe der Mittellinie sitzen. Als Symptome dieser Verletzung fanden sich: Pyramidensymptome der linken Körperseite, totale Hemianaesthesia sin. und Hemiataxie, Hemiathetosis sin., Hemianopsia sin. mit den Kriterien der Tractushemianopsie, leichte Störungen der Sympathicusinnervation, Reste einer rechtsseitigen Oculomotoriusparese. Aus diesem Symptomenkomplex war auf eine Verletzung des Thalamus opticus bzw. seiner nächsten Umgebung zu schließen. Das Bemerkenswerte des Falles liegt, abgesehen von der klinischen Symptomatologie eines Thalamusherdes durch Schußverletzung, in den Kriterien der Tractushemianopsie (Sehnervenatrophie, hemianopische Pupillenstarre, träge Reaktion und Pupillenweite auf Seite der Hemianopsie). *F. Kayser* (Köln).

Mayer, Wilhelm: Zur Serodiagnostik der Epilepsie. (*Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 13, S. 703—705. 1914.

Untersuchungen an 37 sicheren Epilepsiefällen ergaben, daß der paroxystische Anfall meist nicht mit serologisch nachweisbaren Gehirnabbauvorgängen vergesellschaftet ist und daß somit die differentialdiagnostische Bedeutung der Abderhalden-Reaktion für den epileptischen Anfall einerseits, den hysterischen andererseits hinfällig ist. Die Beobachtung im Intervall ergab weder eine Möglichkeit zu differentialdiagnostischen Schlüssen — allerdings war die relativ größere Anzahl positiver Reaktionen bei ganz schwer geschädigten Kranken immerhin auffallend — noch kann Verf. auf Grund seiner Ergebnisse Binswanger in seinen aus dem Ausfall der Reaktion entspringenden therapeutischen und prognostischen Schlüssen zustimmen. Hie und da fand Verf. im Anfall auch Abbaufermente gegenüber anderen Organen wie Leber, Nebenniere, Testikel, Pankreas, zieht aber aus diesen Ausnahmebefunden keine weitere Schlußfolgerung. *J. Bauer* (Wien).[M]

Ónodi, A.: Über die okulo-orbitalen, intrakraniellen und cerebralen Komplikationen nasalen Ursprunges. Pest. med.-chirurg. Presse Jg. **50**, Nr. 19, S. 149 bis 151 u. Nr. 20, S. 161—162. 1914.

Die Entstehung der genannten Komplikationen wird begünstigt durch die Dünne der Nebenhöhlenwände, die sogar häufig überhaupt Dehiscenzen zeigen. Die erkrankte Schleimhaut der Nebenhöhlen liegt dann unmittelbar der Dura oder dem Periost der Orbita an und leitet die Entzündung per continuitatem weiter. Auch thrombosierte Venen bilden den Weg für das Weiterschreiten des entzündlichen Prozesses.

Außer Orbitalphlegmonen sind zahlreiche Schädigungen des Sehnerven auf die kranken Nebenhöhlen zurückzuführen; auch Augenmuskellähmungen sind die Folge. An die Störungen des Tränenabflusses durch endonasale Veränderungen sei erinnert. Ebenso leicht können die Nebenhöhlenentzündungen auf Hirnhäute und Gehirn übergehen. Behandlung nach chirurgischen Grundsätzen ist dann notwendig. *Paetzold.*

Schmidt, K.: Über weit fortgeschrittene Thrombophlebitis des Sinus der Dura. Bericht über 21 operierte Fälle von otogener Pyämie. Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnej (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.) Bd. **9**, Nr. 3, S. 209 bis 218 u. Nr. 4, S. 305—311. 1914. (Russisch.)

Trotz radikaler Operation und Eröffnung des Bulbus ven. jugul. gingen die Hirnerscheinungen nicht zurück und trat unter hohem Fieber und Somnolenz der Exitus ein. Bei der Sektion erwiesen sich die Sinus transversi beider Seiten der Confluens sinuum, der Sinus longitudinalis bis zur Stirn hinauf, die Sinus petrosi sup. et infer. beiderseits, der Sinus intracarvernosus, beide Augenvenen und die rechte Vena jugularis als thrombosiert, wobei auf der nicht operierten Seite multiple Erweichungsherde vorlagen.

Im Anschluß an diesen durch die Ausdehnung der Thrombose seltenen Fall berichtet Verf. kurz über noch 20 von ihm operierte Fälle von Sinusthrombose mit pyämischen Erscheinungen. In 7 Fällen trat der Tod ein 2 mal durch Meningitis, 5 mal durch Allgemeininfektion. Die Unterbindung der Vena jugularis allein ist nicht imstande, der Resorption von Toxinen und Bakterien Einhalt zu tun. Sie bleibt nur für die Fälle von Miterkrankung der Vene selbst und von schwerster Pyämie reserviert. In allen Fällen ist nach Möglichkeit die radikale Eröffnung des Bulbus nach Hansen zu verlangen. Im übrigen weist Verf. darauf hin, daß die Priorität dieses Eingriffes Hansen, der sie im Jahre 1895 auf dem Otologenkongreß in Jena vorschlug, gehört und nicht Grünert, dessen erste Mitteilungen über die Operationen am Bulbus v. jugul. ins Jahr 1901 fallen. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Kümmel, W.: Die chirurgischen Eingriffe bei otogenen septischen Allgemeininfektionen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 20, S. 993—996. 1914.

Rasches Eingreifen ist notwendig, doch lassen sich einfache schematische Regeln nicht aufstellen. Durch Antrotomie und Radikaloperation ist der primäre Infektionsherd auszuschalten. Der Sinus ist dabei auf alle Fälle freizulegen. Erweichte Thromben müssen weit incidiert werden, feste Thromben lasse man unbedingt in Ruhe. Da plötzliche Unterbrechung des bis dahin freien Blutabflusses durch die Vena jugularis schwere Folgen für das Gehirn haben kann, und da man auch bei schwerster Pyämie nicht vorher feststellen kann, ob ein obturierender Thrombus im Sinus vorhanden ist, so ist primäre Jugularisausschaltung nur dann zulässig, wenn sichere Zeichen einer Erkrankung der Jugularis selbst vorliegen. Anders bei vollständiger Thrombose des Sinus. Die Enden des Thrombus müssen aufgesucht und der Sinus im Gesunden abtamponiert werden. Nach hinten zu muß man ihn bisweilen bis zur Mittellinie verfolgen. Erreicht man nach vorn hin das Ende des Thrombus nicht ohne Mühe, so ist die sekundäre Jugularisausschaltung gerechtfertigt, zumal man dadurch die eingreifende Freilegung des Bulbus umgehen kann. *Paetzold.*

Lewin, L.: Zur Klinik der labyrinthogenen Meningitis. Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschr. f. Ohrenheilk.) Bd. **9**, Nr. 4, S. 289—298. 1914. (Russisch.)

Geschelin, A.: Zur Kasuistik multipler Hirnabscesse otogenen Ursprungs. Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschr. f. Ohrenheilk.) Bd. **9**, Nr. 4, S. 299—305. 1914. (Russisch.)

Sharpe, William: The diagnosis and treatment of brain abscess. (Diagnose und Behandlung des Hirnabscesses.) Laryngoscope Bd. **24**, Nr. 3, S. 200—209. 1914.

Für die Diagnose sehr wichtig ist: 1. die Anamnese, besonders der Nachweis einer vorausgegangenen Otitis media; 2. die Periodizität der Symptome, mit Intervallen völligen Wohlbefindens; 3. das häufige Fehlen von Hirndruckerscheinungen (Stauungspapille), wenn der Abceß oberhalb des Tentoriums sitzt; 4. das häufige Vorkommen von Ab-

scessen in beiden Schläfelappen, wie auch in den Stirnlappen und Kleinhirnhemisphären. Die Operation des Hirnabscesses ist gewöhnlich ein exploratives Verfahren. Es ist sehr gefährlich, den Absceß durch Nadelpunktion der Dura „blindlings" aufzusuchen, da nicht nur Meningitis, sondern auch Hirnödem droht. Daher soll immer breit trepaniert werden, um unter Leitung des Auges den Absceß suchen zu können, vor allem auch bei Verdacht auf Kleinhirnabsceß gegebenenfalls das Foramen magnum erweitert werden, um Ödem der Medulla zu verhüten.
Gümbel (Bernau).

Griess, Walter: Cerebellar tumor and use of new stitch to control hemorrhage of scalp. (Kleinhirntumor und Anwendung einer neuen Naht zur Beherrschung der Hautblutung.) Lancet-clin. Bd. **111**, Nr. 21, S. 604—608. 1914.

Verf. schlägt zur präventiven Blutstillung vor Schädeloperationen eine fortlaufende Umstechungsnaht vor, welche ähnlich dem Prinzip der gebräuchlichen Languettennaht mit doppeltem starkem Seidenfaden angelegt wird und alles Gewebe bis zum Knochen mitfaßt. Die einzelnen Schlingen müssen ziemlich fest angezogen werden. Der Vorteil dieser Naht gegenüber den anderen, bisher gebräuchlichen Blutstillungsmitteln besteht in der großen Schnelligkeit, mit der sich dieselbe anlegen läßt. Die Ausführung der Naht wird an einer Reihe schematischer Zeichnungen illustriert. Verf. berichtet weiter über einen Fall von traumatischem Kleinhirntumor (vielleicht organisiertes, altes Blutextravasat?) bei einem 18jährigen Mädchen, welcher durch die zweizeitige Exstirpation zur Heilung kam. *Denk* (Wien).

Hypophyse:

Ascoli, G., et T. Legnani: L'hypophyse est-elle un organe indispensable à la vie? (Ist die Hypophyse ein lebenswichtiges Organ?) (*Inst. de pathol. gén. et d'histol., univ., Pavie.*) Arch. ital. de biol. Bd. **59**, Nr. 2, S. 235—268. 1913.

In ihren früheren Berichten über die Folgen der Hypophysenexstirpation hatten die Verff. diese Frage noch offen gelassen: nach Fertigstellung der mikroskopischen Serienschnitte von der Hypophysenregion derjenigen Hunde, die die makroskopisch anscheinend totale Entfernung der Drüse längere Zeit überlebten, können sie diese Frage jetzt bejahen: denn in allen überlebenden Fällen fanden sich mikroskopisch noch deutliche, funktionsfähige Drüsenreste; wo diese fehlten, waren die Tiere stets in den ersten Tagen oder Wochen unter denselben Erscheinungen zugrunde gegangen, während dieselbe Operation ohne Entfernung der Hypophyse fast stets ohne Schaden ertragen wurde. Genau dieselben Resultate wurden von Paulesco, Cushing und Schäfer erzielt; gegenteiliger Ansicht sind nur Horsley und Handelsmann, sowie Aschner — die älteren, mikroskopisch nicht kontrollierten Untersuchungen, sind nicht verwertbar. Da Aschners Resultate aber aus näher erörterten Gründen ebenfalls nicht absolut einwandfrei sind, bleibt nur der eine Fall von Horsley und Handelsmann bei einem Affen, der eine anscheinend wirklich totale Hypophysektomie längere Zeit überlebte, während diese Operation in einigen hundert anderen Fällen — beim Hunde stets — unvermeidlich zum Tode führte. — Die Protokolle von 68 operierten Hunden sind in Tabellenform beigefügt. *Tölken.*

Simmonds, M.: Über syphilitische Erkrankungen der Hypophysis, insbesondere bei Lues congenita. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. **58**, Erg.-H. (Festschr. z. Eröff. d. neu. Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrankh., Hamburg.) S. 104—111. 1914.

In der Literatur sind bisher nur 12 Fälle von syphilitischer Erkrankung des Hirnanhanges bekannt. Verf. hat die Hypophysen von 12 Fällen sicherer Lues congenita bei Säuglingen untersucht und dabei fünfmal zweifellos luetische Veränderungen in dem drüsigen Vorderlappen gefunden, bestehend in interstitieller Entzündung, bisweilen begleitet von Nekroseherden und miliaren Gummen. Die Neurohypophyse war unverändert. Das Bild ähnelt der Feuersteinleber. Makroskopisch erschienen die Drüsen normal. Dieser Befund konnte bei zahllosen nicht luetischen Föten und Säuglingen niemals erhoben werden. Demnach ist bei hereditärer Lues die Syphilis des Hirnanhanges keineswegs selten, wohl aber bei erworbener Lues: hier sah Verf. nur einmal ein Gumma der Hypophyse bei einem 78jährigen Mann, bei dem die Infektion erst 3 Monate zurücklag. Residuen der luetischen interstitiellen Hypophysitis bei älteren Kindern oder Erwachsenen hat Verf. nie gesehen.
Tölken (Zwickau).

Gordinier, Hermon C., and William Kirk: A case of acromegalia with autopsy. (Fall von Akromegalie mit Sektionsbefund.) Albany med. ann. Bd. **34**, Nr. 4, S. 189 bis 198. 1913.

39jährige Frau mit typischer Akromegalie, Menses mit 28 Jahren cessiert; außer den Extremitäten zeigte auch das Sternum excessives Wachstum. Sektion: Hypophyse bis auf geringe Reste des nervösen Anteils von einem Tumor zerstört, Vergrößerung der Schilddrüse (circumscripte Sklerose und Degenerationserscheinungen), Fehlen des Thymus, Atrophie der Nebennieren, Hypoplasie von Uterus und Ovarien. Splanchnomegalie. *Salle* (Berlin).M.

Nagoya, C.: Hypophysentumor ohne Akromegalie. (*Pathol. Inst., Bonn.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **15**, H. 2, S. 239—242. 1914.

Kasuistischer Beitrag: Der Tumor wurde als Zufallsbefund bei der Sektion eines 59jährigen Mannes gewonnen. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Adenom ohne eosinophile Zellen handelte. Dieser Befund stimmt mit der Theorie überein, daß Akromegalie sich nur bei eosinophilen Adenomen bzw. Adenocarcinomen der Hypophyse entwickelt. *Oskar Meyer* (Settin).M

Blumenthal, A.: Anatomische Beiträge zur endonasalen Hypophysisoperation. (*Augusta-Viktoria-Krankenh., Weissensee.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftw. Bd. **71**, H. 1/2, S. 123—129. 1914.

Für die endonasale Hypophysisoperation ist es sehr wichtig, schon im voraus die Lagebeziehungen zwischen Keilbeinhöhle und Sella turcica zu bestimmen. Diese Beziehungen unterliegen großen individuellen Verschiedenheiten. Durch Röntgenbilder von skeletierten Schädeln, in denen die Lage der Keilbeinhöhlen durch bis zur hinteren Wand eingeführte Metallsonden besonders gekennzeichnet ist, wurden folgende Typen festgestellt: 1. Die Hypophyse liegt über dem vorderen Teile des Daches der Keilbeinhöhle, die sich bis weit hinter den Türkensattel erstreckt. 2. Die eine Keilbeinhöhle ragt weiter nach hinten als die andere. 3. Die Hypophyse liegt über der hinteren Hälfte des Daches der Keilbeinhöhle, hintere Grenze der Hypophyse und der Höhle in gleicher Frontalebene. 4. Die Hypophyse liegt dem oberen hinteren Winkel der Keilbeinhöhlen an. 5. Die Hypophyse liegt der hinteren Wand der Keilbeinhöhlen an. 6. Die Hypophyse liegt weit (12—14 mm) hinter der hinteren Wand der Keilbeinhöhle. — Es ist daher dringend zu empfehlen, die anatomischen Verhältnisse durch Röntgenbilder bei in die Keilbeinhöhlen eingeführten Sonden vor jeder endonasalen Hypophysisoperation zu bestimmen. *Gümbel* (Bernau).

Auge:

Cestan, B., et Fabre: De l'hémianopsie traumatique. (Über traumatische Hemianopsie.) Toulouse méd. Jg. **16**, Nr. 9, S. 253—272. 1914.

Der lange Weg der Sehbahn von den Ganglienzellen der Netzhaut zur Fissura calcarina setzt sie zahlreichen Verletzungen aus. Vom extracerebralen Teile sind Chiasma (vom Opticus selbst wird abgesehen) und vorderer Teil des Traktus Verletzungen durch ausstrahlende Basisbrüche viel leichter ausgesetzt als der hintere Traktusteil, der sich um den Pedunculus legt. Auch die intracerebrale, vom Corp. geniculatum beginnende Sehbahn liegt der Rinde nahe genug, um von durchbohrenden Verletzungen der Schädelkapsel oder Knochensplittern verletzt zu werden. Hierbei leicht auftretende Blutungen wirken komprimierend und erklären vorübergehende Störungen mit Spontanheilung. Dagegen sind Traktus- und Chiasmaverletzungen meist isolierte und nicht von anderen Störungen begleitet. Die Form der Hemianopsie ist nach dem Sitz der Läsion verschieden, bitemporal — Chiasma, homonym — Traktus bis Rinde, während bei der binasalen doppelte symmetrische Chiasmaläsion lateral angenommen werden muß. Liegt bei homonymer Hemianopsie die Verletzung intracerebral, d. h. vom Corp. genicul. ab, so finden sich sehr häufig daneben funktionelle Störungen. Isolierte corticale Läsion des Sehzentrums ist äußerst selten. a) Hemianopsie durch extracerebrale Läsion ist selten, Ätiologie meist Basisfraktur. Die bitemporale überwiegt bei weitem, binasale und homonyme ganz vereinzelt, von Quadrantenhemianopsie ist kein Fall bekannt. Die senkrechte Trennungs-

linie geht meist scharf mitten durch den Fixationspunkt. Aussparung der Macula selten. Denn das maculare Bündel hat seine eigene Chiasmabildung innerhalb des Chiasmas des Opticus. Das zweite ziemlich konstante Symptom der extracerebralen Läsion ist die Atrophie, das dritte die hemiopische Pupillenreaktion. Sie beweist die Unterbrechung der extracerebralen Bahnen, weil die Reflexzentren im Pulvinar, Corp. quadrig. und genicul. liegen. Ebenso beweist dies der Wilbrandsche Prismenversuch. Ein auf die sehende Netzhaushälfte geworfener Strahl wird durch Prisma auf die blinde abgelenkt, durch Oculomotoriusreflex wird die sehende Hälfte wieder auf den Strahl eingestellt, wenn die extracerebrale Leitung unverletzt ist. Aber auch beim Fehlen der nicht konstanten hemiopischen Reaktion kann man aus den übrigen Symptomen eines Basisbruches auf Traktusläsion schließen, da Basisbrüche die intra cerebralen Bahnen nicht treffen können. b) Die Hemianopsie durch intracerebrale Verletzung der Sehbahn, stets homonym, ist viel häufiger. Nur ein Fall war durch Basisbruch, die anderen durch Splitterbruch der Konvexität oder durchbohrende Verletzung derselben bedingt. Der eigene Fall des Verf. betraf Bruch durch Sturz. Häufiger sind die Schußverletzungen, Lokalisation bei langem Schußkanal schwierig, Röntgendurchleuchtung von großem Wert. Auch anschließender Hirnabsceß kann bei der Hemianopsie eine Rolle spielen. Die Form des Gesichtsfeldausfalles ist weniger regelmäßig, Macula fast stets ausgespart. Völlige Blindheit durch beiderseitige Läsion, alleinige Aussparung der Macula bei sonst ganz fehlendem Gesichtsfeld, horizontale Hemianopsie und Quadrantenhemianopsie sind beobachtet. Ein neuer Fall der letzteren seltenen Art ist des Verf. Beobachtung.

52jähriger Mann, mit 2 Jahren rechts Scheitelbeinbruch durch Sturz aus dem Fenster, behielt linksseitige Hemiplegie, linksseitigen Ausfall eines großen Sektors außen unten von 135 resp. 150° Ausdehnung bei völliger Aussparung der Macula, der Bardsche Versuch positiv, da Lichtperzeption der blinden Partie erhalten, keine hemiopische Reaktion. Die Atrophie spricht in diesem Falle nicht gegen intracerebrale Läsion, da sie bei alten und in die Kindheit zurückreichenden Fällen der Art auch vorkommt.

Der topographische Verlauf der Sehbahn bedingt als Begleiterscheinungen der Hemianopsie Hemiplegien, sensibler, motorischer und gemischter Art. Sie fanden sich in des Verf. Fall in ausgedehnter Weise nebst linksseitiger Schwerhörigkeit. Auch Aphasie und Wortblindheit sind als Begleitsymptome beschrieben. *Koerber.*°

Kirschmann, I. S.: Über tiefe Verletzungen der Orbita durch Holzstangen mit nachfolgender Sehnervenatrophie. (*Augenheilanstalt, Archangel.*) Westnik Ophtalmologii Bd. **19**, Nr. 3, S. 234—239. 1914. (Russisch.)

Es handelt sich um 3 Pfählungsverletzungen der Orbita durch große Holzsplitter. Der Augapfel blieb dabei unverletzt, die restierende Blindheit des Auges war durch die direkte Verletzung des Nervus opticus mit nachfolgender Atrophie desselben zu erklären.

Schaack (St. Petersburg).

Shurawljeff, A. M.: Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Orbita. Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 4, S. 566—569. 1914. (Russisch.)

Es handelte sich um eine Frau von 18 Jahren, die beim Tauchen während des Badens mit der linken Wange auf einen Ast aufstieß und bei der nach eintägigem Wohlsein starke Schmerzen mit Fieber auftraten. Trotz Incision und Sondenuntersuchung konnte kein Fremdkörper nachgewiesen werden; erst einen Monat später stießen sich spontan mehrere Holzsplitter, darunter einer von 18 × 5 × 3 mm Größe, ab. Die Bewegungen des Augapfels, die sehr beschränkt waren, und die nach dem Unfalle reduzierte Sehkraft erreichten danach den vormaligen normalen Zustand. *Stromberg* (St. Petersburg).

Oretschkin, B. B.: Ein Fall von Gumma der Orbita. Westnik Ophtalmologij Bd. **19**, Nr. 3, S. 225—229. 1914. (Russisch.)

Die syphilitischen Erkrankungen der Orbita sind selten. Nach einer großen Statistik von Groenouw kommen von 3622 Fällen von Syphilis des Auges nur 8 Fälle auf die Orbita = 0,2%. Gummata der Orbita sind in der Literatur 29 beschrieben. Der Fall des Verf. ist dadurch bemerkenswert, daß er zuerst prompt auf Salvarsaninjektionen reagierte, doch nach 2½ Monaten trat ein schweres Rezidiv auf. Verf. verhält sich daher zur Salvarsantherapie skeptisch. *Schaack* (St. Petersburg.)

Haslinger, Erich: Komplizierte Bindesubstanzgeschwülste der Tränendrüse. (*Univ.-Augenklin., Halle a. S.*) Graefes Arch. f. Ophthalmol. Bd. 88, H. 1, S. 28 bis 43. 1914.

Pokrowski, A. I.: Das Carcinom der Meibomschen Drüsen. Adenom der Talgdrüsen. (*Städt. Augenkrankenh., Moskau.*) Westnik Ophtalmologii Bd. 19, Nr. 3, S. 215—225. 1914. (Russisch.)

Ein Beitrag zur Lehre der Augenlidergeschwülste. Es gibt Fälle, wo die Grenze zwischen Adenom und Carcinom hier schwer zu ziehen ist. Im ersten Falle des Verf. handelte es sich um einen 52jährigen Mann, bei dem eine 2,3 cm × 1,8 große Geschwulst des oberen Augenlides entfernt wurde. Mikroskopisch waren zwei Zonen zu unterscheiden, in der einen adenomatöser Bau nach dem Typus der Meibomschen Drüsen, in der anderen trug das Gewebe deutlich carcinomatösen Charakter. Im zweiten Falle, einem 42jährigen Manne, nahm die Geschwulst ihren Ursprung an den Talgdrüsen, die mikroskopische Untersuchung wies fibroadenomatösen Charakter auf. *Schaack* (St. Petersburg).

Nase:

Fein, Johann: Über einen Fall von chronisch-entzündlicher Geschwulst im Nasenrachen. (85. Vers. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, Wien, Sept. 1913.) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 48, H. 4, S. 481—488. 1914.

Der Nasenrachenraum ist als Sitz großer entzündlicher Granulationsgeschwülste bisher noch nicht bekannt gewesen. Verf. hat an dessen Wand einen Tumor vorgefunden, der die Atmung durch die Nase verhinderte, und der nach dem klinischen Verlaufe und dem histologischen Befunde als eine Geschwulst von chronischentzündlichem Charakter, aus Granulationsgewebe ohne spezifische Zeichen bestehend, anzusprechen ist. *Colley* (Insterburg).

Ferreri, Gherardo: Traitement et pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales et de l'hypo-pharynx. (Behandlung und Prognose der malignen Tumoren der Nasenhöhlen und des Hypopharynx.) (Congr. internat. de méd., Londres, 6. bis 12. VIII. 1913.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Bd. 36, Nr. 2, S. 337—351 u. Nr. 3, S. 733—756, Bd. 37, Nr. 1, S. 76—93 u. Nr. 2, S. 414—432. 1913 u. 1914.

Die Arbeit, die als Bericht auf dem internationalen medizinischen Kongreß in London vorgetragen wurde, gibt eine gute und ausführliche Übersicht über den jetzigen Stand der Behandlung der Sarkome und Carcinome der Nasennebenhöhlen. Alle Behandlungsarten, so die Kauterisation, die Elektrolyse, die Fulguration werden mehr oder weniger verworfen, in Betracht kommt nur der chirurgische Eingriff, auch die Röntgenbestrahlung leistet nur gute Dienste nach der gründlichen Ausräumung, um so die Tumorzellen, die noch zurückgeblieben sind, zu zerstören. Die Prognose ist bei der technischen Schwierigkeit schlecht. Zum Schluß gibt er, allerdings nur summarisch, seine eigenen Beobachtungen. *Valentin* (Berlin).

Mund:

Tiedemann, A.: Zur Therapie der Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches. (*Hals-, Nasen- u. Ohrenpraxis v. San.-Rat Dr. Kreutzberg, Hannover.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 128, H. 5/6, S. 507—513. 1914.

Ein außerordentlich hartnäckiger Fall von ausgedehntem Lupus der Mund- und Rachenschleimhaut wurde durch Anwendung von Mesothorium zur Heilung gebracht. Es gelangte die kleine Menge von 5 mg Mesothoriumbromid, die in eine 0,025 mm dicke Stanniolschicht eingehüllt war, zur Anwendung. Im ganzen waren 20 Sitzungen, die sich auf 10 Wochen verteilten, erforderlich. Die einzelne Sitzungsdauer betrug ½ Stunde. *Geneuein* (München).

Ferrarini, Guido: Sulla possibilità di creare alla parotite una via collaterale di escrezione colla anastomosi interglandulare parotido-sottomascellare. (Über die Möglichkeit, einen Kollateralkreislauf des Sekretabflusses der Ohrspeicheldrüse zu schaffen, mittelst einer interglandularen Anastomose der Ohrspeichel-Submaxillardrüse.) (*Istit. di patol. chirurg., univ., Pisa.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 35, Nr. 57, S. 601. 1914.

Vorläufige Mitteilung, in welcher Ferrarini auf Grund von Tierexperimenten bei Verletzungen oder irreparablen Beschädigungen des Ductus Stenonianus die Vereinigung zweier Läppchen der Ohrspeichel- und Submaxillarisdrüse anrät. In seinen Experimenten entwickelte sich aus dieser Anastomose eine regelrechte Verbindung,

so daß der größte Teil ja in einigen Fällen das ganze Sekret der Ohrspeicheldrüse durch den Ausführungsgang der Submaxillarisdrüse sich entleerte.

v. Lobmayer (Budapest).

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

D'Abundo, Giuseppe: Modificazioni spinali consecutive a lesioni periferiche o cerebrali isolate e combinate. Ricerche sperimentali. (Experimentelle Untersuchungen über Veränderungen im Rückenmark nach isolierten und kombinierten peripheren oder cerebralen Läsionen.) (*Istit. di clin. d. malatt. nerv. e ment. e di antropol. crim., univ., Catania.*) Catania: Off. tip. Giannotta 1913. 39 S.

Die Versuche sind an 24 Stunden alten Hunden und Katzen in drei Reihen ausgeführt. Bei der 1. Gruppe wurde eine hintere Extremität exartikuliert, und nach einigen (bis zu 7) Monaten nach Tötung des Tieres Rückenmark und Hirnrinde in Serienschnitten, die nach Ramon y Cajal, Weigert usw. gefärbt waren, genau untersucht. Ergebnisse: 1. Die Exartikulation einer hinteren Extremität bei neugeborenen Hunden und Katzen erzeugt eine Entwicklungshemmung in der korrespondierenden Rückenmarkshälfte, die vorwiegend in der Lendenanschwellung lokalisiert ist. 2. In der grauen Substanz ist das Vorderhorn halbhypertrophisch und weist eine deutliche Verminderung der Ganglienzellen auf in einem umschriebenen Streifen in der äußeren lateralen Gruppe und weniger umfangreich in der inneren Gruppe. 3. In eben dem Maße, wie man von der Mitte der Lendenanschwellung nach dem Dorsalmark fortschreitet, wird die Entwicklungshemmung des Vorderhornes weniger ausgeprägt, zeigt sich aber um so deutlicher im Hinterhorn, dessen Verschmälerung allmählich abnimmt, während wiederum in dem Dorsalmark und der Halsanschwellung ein geringer Schwund des Hinterhornes der dem exartikulierten Gliede entgegengesetzten Seite auftritt. Dieser Befund stellt einen Beitrag zur aufsteigenden Kreuzung der sensiblen Bahnen dar. 4. Wenngleich eine halbseitige Entwicklungshemmung des gesamten weißen Markes zu erkennen ist, so zeigt sich doch der größte Schwund in dem dem exartikulierten Gliede entsprechenden Hinterstrang. 5. Es ist zu beachten, daß nicht alle zu dem exartikulierten Gliede gehörenden Ganglienzellen zugrunde gehen, sondern daß ein Teil von ihnen am Leben bleibt, weil er mit dem übrigen Rückenmark durch dynamische Assoziation und den funktionellen Automatismus in innigem Zusammenhang steht. 6. Die regenerative Tätigkeit der bei der Exartikulation durchschnittenen Nervenstämme ist der klare Beweis dafür, daß ein nicht geringer Teil der zu den Muskeln des exartikulierten Gliedes gehörigen motorischen Ganglienzellen seine Lebensfähigkeit erhält. 7. Wenn auch hinsichtlich der motorischen Funktion des Rückenmarkes eine Arbeitsteilung besteht, so besteht doch auch wieder ein ausgesprochener gleichsinniger Synergismus, während die Hirnrinde eine viel ausgeprägtere funktionelle Dezentralisation besitzt. — In der 2. Versuchsreihe wurden Teile des Gyrus sigmoideus in verschiedener Größe und Tiefe entfernt; schon nach 24 Tagen wurde eine Wachstumsstörung des Hinterhornes im Hals- und Dorsalmark festgestellt, während die Atrophie im Vorderhorn der entgegengesetzten Seite nur gering war; Verf. erklärt dies damit, daß der Pyramidenstrang noch nicht markhaltig war, so daß corticale Reize auf das Vorderhorn der anderen Seite noch nicht fortgeleitet werden konnten. — In der 3. Versuchsreihe wurde Exartikulation eines hinteren Gliedes und Abtragung der Rinde des Gyrus sigmoideus ausgeführt mit dem Erfolg, daß die Ergebnisse der 1. und 2. Versuchsreihe sich kombinierten. Nur war der Schwund der dem exartikulierten Gliede entsprechenden Ganglienzellen der grauen Rückenmarkssubstanz viel ausgeprägter als in der 1. Versuchsreihe. Verf. will diese Versuche weiter fortsetzen und diese Versuchstiere länger am Leben lassen. Die Arbeit enthält eine große Zahl mikrophotographischer Abbildungen. Selbstbericht.

Claude, Henri, et M. Loyez: Un cas d'hématomyélie traumatique sans lésion vertébrale. (Ein Fall von traumatischer Hämatomyelie ohne Wirbelverletzung.) Encéphale Jg. **9**, Nr. 5, S. 403—410. 1914.

26jähriger Mann wies nach Sturz aus 4—5 m Höhe die Erscheinungen der Querschnittsläsion in Höhe des IV. Dorsalsegmentes auf. Tod nach 5 Tagen. Befund: Hämatomyelie mit teilweise völliger Zerstörung der grauen Substanz und nächstdem besonders der Hinterstränge, vom IV. Dorsal- bis zum III. Lumbalsegment. Im VIII. Dorsalsegment ist das Mark auf dem ganzen Querschnitt zerstört. Keine Wirbelverletzung, keine Zerreißung der Meningen. Die Markgefäße außerhalb des Herdes waren intakt. *Gümbel* (Bernau).

Jones, Robert: The annual oration on the surgical treatment of infantile paralysis. (Der jährliche Vortrag über die chirurgische Behandlung der Kinderlähmung.) Lancet Bd. **186**, Nr. 22, S. 1515—1523. 1914.

Die Hauptforderung in allen Stadien der Kinderlähmung ist, eine Überspannung der Muskeln durch entsprechende Lagerung hintanzuhalten und insbesondere die

gelähmten oder geschwächten Muskeln ausreichend zu entspannen. Verf. sah wiederholt seit Jahren gelähmte Muskeln auf diese Weise wieder gebrauchsfähig werden. Bei Berücksichtigung dieses Umstandes wäre oft manche Sehnen- oder Nervenoperation überflüssig. Sehnenverpflanzungen macht Verf. selten bei Kindern unter 5 Jahren, Arthrodesen nicht unter 8 Jahren. Wenn irgend möglich wird die Sehne im Knochen befestigt. Die übrigen Ausführungen, Indikationen und Technik bringen nichts Neues. *v. Khautz* (Wien).

D'Abundo, G.: Sulle manifestazioni di vitalità nei trapianti del tessuto nervoso. Nota sperimentale. (Über die Lebensdauer implantierten Nervengewebes.) (*Istit. di clin. d. malatt. nerv. e ment. e di antropol. crim., univ., Catania.*) Catania: Off. tip. Giannotta 1913. 14 S.

Verf. nahm aus der Rückenmarkshöhle eines eben getöteten Hundes ein Segment des Rückenmarks und pflanzte es sofort entweder in die Bauchhöhle oder das subcutane Zellgewebe des Rückens eines anderen Hundes. Die Tiere wurden nach 12 bis 21 Tagen getötet und die Rückenmarksstücke untersucht. In der grauen Substanz waren die Zellen meistens degeneriert, in den vorderen Hörnern wurden aber einige wenig veränderte und lebensfähige angetroffen. In der weißen Substanz waren die Veränderungen nicht so hochgradig, die Rückenmarksstränge zeigten größere Veränderungen als die Nervenfasern der Spinalwurzeln. Die Achsenzylinder der Rückenmarksstränge waren nicht mehr deutlich zu sehen, während sie in den Spinalwurzeln normal vorhanden waren. Eine große Lebenskraft zeigte die Neuroglia, welche neue Zellen hervorgebracht hatte. Im subcutanen Zellgewebe schien die Zerstörung einzelner Teile der Rückenmarksegmente langsamer als in der Bauchhöhle vor sich gehen. *Herhold* (Hannover).

Hals.

Allgemeines:

Chériè-Ligniére, Massimo: Le vene del collo nell'uomo. Ricerche di anatomia. (Anatomische Untersuchungen über die Halsvenen des Menschen.) (*Istit. anat., univ., Palermo.*) Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. Bd. **31**, H. 1/3, S. 63—115. 1914.

Die Arbeit behandelt die an 50 Leichen gefundenen Einzelheiten der Venae jugularis externa, jugularis anterior und jugularis interna hinsichtlich des Ursprungs, Verlaufs, der Mündung dieser Venen und ihrer Anastomosen miteinander und mit anderen Gefäßen. *Gümbel* (Bernau).

Jefferson, Geoffrey: Death from hyperacute streptococcal infection (septicaemia), following radical removal of cervical tuberculous glands with sinuses. (Tod infolge hyperakuter Streptokokkeninfektion [Septicämie] nach radikaler Ausräumung tuberkulöser Cervicaldrüsen mit Fisteln.) Lancet Bd. **186**, Nr. 19, S. 1314—1316. 1914.

Verf. berichtet über 2 Fälle. In dem ersten handelt es sich um ein Kind von 1 Jahr und 10 Monaten, bei welchem eine tuberkulöse Halsdrüse incidiert worden war. Da auch andere Drüsen anschwollen und von der ersten Operation eine Fistel zurückgeblieben war, wurden sämtliche geschwollenen Drüsen radikal exstirpiert. 10 Stunden nach der Operation plötzlicher Temperaturanstieg, Cyanose, flatternder Puls, Bewußtlosigkeit. Tod 2 Stunden später. — Im zweiten Fall bestanden bei einem Kind von 3 Jahren 8 Monaten seit längerer Zeit Drüsenschwellung und Fistelbildung am Hals. Die radikale Ausräumung wurde vorgenommen. Am nächsten Morgen plötzlicher Temperaturanstieg auf 41°, flatternder Puls, Cyanose, Unruhe. Tod 20 Stunden nach der Operation. Im Herzblut und im Drüseneiter fanden sich Streptokokken. Eine bakteriologische Untersuchung war im ersten Fall nicht vorgenommen; Autopsie fand in keinem von beiden Fällen statt. — Verf. nimmt an, daß es sich in beiden Fällen um einen Einbruch von Streptokokken in die Blutbahn handelte und daß diese Streptokokken schon vor der Operation in den Fisteln vegetierten. Er schlägt daher vor, die Fisteln vor einer beabsichtigten Operation mehrere Tage lang mit Jodalkohol auszuspritzen. Bei einer Durchmusterung von 553 Fällen mit radikaler Drüsenausräumung (im Victoria-Hospital, Chelsea) fanden sich 3 ähnliche Todesfälle. *L. Bassenge* (Potsdam).[M]

Kehlkopf und Luftröhre:

Mosti, Renato: Sulle ampie ferite trasversali della laringe e sulla necessità o meno della loro sutura immediata. (Über die queren Verletzungen des Larynx und die Notwendigkeit der Primärnaht.) (*Osp. di San Giovanni di Dio, Firenze.*) Gazz. internaz. di med., chirurg., ig. etc. Jg. **1914**, Nr. 18, S. 415—421. 1914.

Bericht über zwei eigene und 388 aus der Literatur gesammelte Beobachtungen. Die meist durch Suicidversuch mit dem Messer entstandenen Verletzungen betreffen in 35% die Membrana thyreoidea, 20% den Schildknorpel, 15% die Membrana cricothyreoidea, 30% die Trachea. Verletzung der großen Gefäße ist selten, weil diese bei nach hinten gebeugtem Kopfe hinter die Höhe der Wirbelsäule zu liegen kommen. Häufiger ist die Eröffnung des Pharynxraumes. Verf. empfiehlt die exakte schichtweise Naht von Larynx, Pharynx, Muskulatur, Fascie und Haut bis auf kleine Drainöffnung. *Hotz* (Freiburg).

Wojatschek, W. I.: Einige neue Beobachtungen betreffend die verschiedenen Stenosen der Atmungswege (Fremdkörper, Sklerome). (*Ohren-, Hals- u. Nasenklin. d. Prof. Ssimanowski, K. Milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Westnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Zeitschr. f. Ohrenheilk.) Jg. **4**, Mai-H., S. 353—362. 1914. (Russisch.)

Salomonsen, Knud: Klinischer Beitrag zu den Knorpelgeschwülsten des Kehlkopfs. (*Reichshosp., Kopenhagen.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. **28**, H. 3, S. 454—463. 1914.

Bericht über einen walnußgroßen Tumor der Cartilago cricoidea, der aus reinem Knorpelgewebe, allerdings stellenweise mit Entartung und Cystenbildung, bestand. Entfernung und Heilung durch Laryngofissur. 45 ähnliche Fälle aus der Literatur sind zusammengestellt. *Paetzold* (Berlin).

Schilddrüse:

Rahe, Jessie Moore, John Rogers, G. G. Fawcett and S. P. Beebe: The nerve control of the thyroid gland. (Der Einfluß nervöser Reize auf die Funktion der Glandula thyreoidea.) (*Loomis laborat., Cornell univ. med. school, New York City.*) Americ. journal of physiol. Bd. **34**, Nr. 1, S. 72—80. 1914.

Der Jodgehalt der beiden Schilddrüsenlappen ist beim Hunde ein ziemlich konstanter; die durchschnittliche Differenz betrug bei 7 Untersuchungen 0,0055 mg, ein Wert, der sich innerhalb der Fehlergrenzen der analytischen Methode bewegt. Wurden die oberen Gefäße des einen Lappens samt den sie begleitenden Nervenstämmen mittels induzierten Stromes längere Zeit ($2^1/_2$—3 Stunden) gereizt, nachdem der andere Lappen vorher exstirpiert war, so konnte ein deutlicher Unterschied zu ungunsten des gereizten Lappens nachgewiesen werden (durchschnittlicher Verlust in 5 Versuchen 0,1351 mg = ca. 20%). Wurde der Reiz peripher vom oberen Ganglion einseitig an den zentralwärts vom Ganglion durchschnittenen Vagus appliziert, so war der Verlust ein noch größerer; es betrug die durchschnittliche Differenz zwischen gereiztem und intakt erhaltenem Schilddrüsenlappen 0,1699 mg = ca. 50% (3 Versuche). Noch erheblicher wurde die Abgabe von Jod in Blut oder Lymphe, wenn der elektrische Reiz an den intakten Vagus angriff. Dauerte der Reiz nur kürzere Zeit (30—45 Minuten), so betrug der Verlust 0,22—0,31 mg gegen die gesunde Seite; dauerte er länger (ca. 3 Stunden), so gingen im Durchschnitt von 5 Versuchen 0,3588 mg Jod verloren. Diese Untersuchungsresultate sprechen dafür, daß die Thyreoidea, was ihre Funktion angeht, unter dem Einfluß des Nervensystems steht, d. h. daß ihre physiologische aktive Substanz entsprechend dem Nervenreiz in den Kreislauf gebracht wird. *Alfred Lindemann* (Berlin).$^{M}_{o}$

Fenger, Frederic: Iodine and phosphorus contents, size, and physiologic activity of the fetal thyroid gland. (Jod- und Phosphorgehalt, Größe und physiologische Aktivität der fötalen Schilddrüse.) Monthly cyclop. a. med. bull. Bd. **17**, Nr. **4**, S. 214—215. 1914.

Die Analyse von 705 fötalen Rinderschilddrüsen ergab, daß normale Drüsen

pro Körpergewicht relativ größer sind und mehr Jod und Phosphor enthalten als beim erwachsenen Tier. Die männlichen Drüsen sind etwas größer, enthalten aber weniger Jod als die weiblichen Drüsen. Auffallend ist der hohe Prozentsatz von abnorm großen fötalen Drüsen, die weniger Jod und mehr Phosphor enthalten als normale Drüsen, was auch bei erwachsenen Tieren der Fall ist; das Jod der Schilddrüse spielt daher jedenfalls im Phosphorstoffwechsel des Körpers eine wichtige Rolle. *Tölken* (Zwickau).

Simon, W. V.: Die Ergebnisse der von der Kropfkommission der Breslauer chirurgischen Gesellschaft an die schlesischen Ärzte gerichteten Umfrage. (*Kgl. chirurg. Klin., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 19, S. 878—886. 1914.

Verf. berichtet über das vorläufige Resultat der Kropfforschungen in Schlesien, die über die Verbreitung und die ätiologischen Momente des Kropfes in Schlesien Auskunft geben. Forschungen wie sie in gleicher Weise vor 30 Jahren in der Schweiz durch Kocher und Bircher gemacht wurden. Es ist sehr interessant, daß die Resultate in Schlesien im ganzen übereinstimmen mit den damaligen Forschungsergebnissen in der Schweiz. Der Kropf kommt reichlicher vor, je weiter man ins Gebirge hineinkommt. Es ist sicher, daß einzelne Flußgebiete besonders vom Kropf heimgesucht sind; es gibt bestimmte Kropfzentren. Eine Beziehung zur geologischen Bodenbeschaffenheit scheint zu bestehen. Daß die Bewohner bestimmter Häuser mehr vom Kropf befallen sind als die anderer, konnte nicht festgestellt werden. Manche Familien zeichnen sich durch gehäuftes Vorkommen des Kropfes aus. Sicher ist, daß in Kropfgebiete eingewanderte Personen, Kinder und Erwachsene, Kropf akquirieren. Daß es sich um eine durch Wohnungsgemeinschaft begünstigte Infektionskrankheit handle, wurde nur ganz ausnahmsweise in den Bereich der Möglichkeit gezogen. Die parenchymatöse Form des Kropfes herrscht in Schlesien bei weitem vor, auch im Gebirge. Struma maligna soll in Schlesien relativ selten sein. Im allgemeinen ist Basedowsche Krankheit im Verhältnis zum einfachen Kropf selten. Von Kretinismus sind nur solche Ortschaften betroffen, die kropfbefallen sind, womit Verf. mit vollem Recht die Behauptung Davidsohns, daß der schlesische Kropf mit Kretinismus nichts zu tun habe, widerlegt. Die Myxödemfälle bevorzugen ebenfalls die stark kropfbefallenen Gegenden. Verf. schließt: daß für die Kontakttheorie nichts zu sprechen scheine, während es doch wahrscheinlich ist, daß die Wasserläufe in irgendeiner Beziehung zur Kropfverbreitung in Schlesien stehen. *Albert Kocher* (Bern).

Schiötz, Carl: Die Strumafrage. Ätiologie und Pathogenese. Nord. med. Arkiv, 2. Inre Med. Bd. 46, Nr. 6, S. 1—33. 1913.

Verf. hat Kropfbeobachtungen angestellt in einer Gegend Norwegens, wo eine zwar ausgebreitete, aber leichte Endemie herrscht, und wurde dabei zu einer eigenen ätiologischen Auffassung der einzelnen Formen geführt. Als Hauptgruppen unterscheidet Verf. die exogenen und die endogenen Strumen. Zur Gruppe I rechnet er die Struma endemica, Hypertrophien bei Infektionen und solche bei bestimmter Nahrung. Zur Gruppe II solche bei gewissen Veränderungen im innersekretorischen Drüsensystem. Die Struma endemica ist nach Verf. eine Reaktion der durch eine Infektion funktionell stärker in Anspruch genommenen Schilddrüse. Das infizierende Agens lebt im Wasser, seine Existenzbedingungen werden begünstigt durch besondere Grundverhältnisse der Quelle und vielleicht auch durch das Vorhandensein von Radiumemanation im Wasser. Als Stütze dieser Ansicht wird ein Fall angeführt, wo eine bisher kropffreie Krankenpflegerin nach 50 Flaschen „Radiumwasser" Kropf bekam, der zurückging mit Aussetzen der Kur und wieder auftrat, als Patientin ihr Radiumwasser wieder trank. Für die Wirksamkeit eines lebenden Virus bei der Ätiologie des Kropfes sprechen nach Verf. vielleicht verschiedene Momente, besonders Ähnlichkeiten mit Protozoeninfektionen. Die Kropfbildung faßt er als Oberflächenvergrößerung des sezernierenden Epithels zu Verteidigungszwecken des Körpers auf. Mißlingen der Verteidigung bei Angriff der Noxe im Kindesalter führt zu Kretinismus, die Schilddrüse bringt nicht die nötige Abwehrkraft auf, „die kretinogene Noxe rast frei im Organismus". Der endemische Kropf ist also auf gleiche Stufe zu stellen mit den Schilddrüsenhypertrophien bei anderen Infektionskrankheiten. Je weniger leistungsfähig die Schilddrüse bei Wirksamwerden der Infektion ist, desto stärker muß die Vergrößerung der sezernierenden Oberfläche werden, um den Anforderungen der Verteidigung zu genügen, d. h. jede Struma ist der Ausdruck einer lokalen oder generellen Schwäche; je stärker diese „Thyrasthenie", desto größer die Neigung zu Kropfbildung. Daher auch die größere Disposition des weiblichen Geschlechtes, weil die Schilddrüse hier durch die Funktionen der Geschlechtsdrüsen schon an und für sich mehr in Anspruch genommen ist. Bei den endogenen Ursachen für die Kropfbildung glaubt Verf. Balancestörungen in funktionell koordinierten Gruppen von Drüsen mit innerer Sekretion geltend machen zu müssen. Auch beim Basedow sieht er eine möglicherweise über das Ziel hinausschießende

salutäre Absicht im Hyperthyreoidismus und faßt den Basedow überhaupt als Neurose auf. Das Bestreben des Verf. geht also dahin, sämtliche Kropfformen ätiologisch unter einen Hut zu bringen und als eine Vergrößerung des sezernierenden Oberfläche durch funktionelle verstärkte Inanspruchnahme zu erklären. *Lobenhoffer* (Würzburg).

Broeckaert, Jules: A propos d'un cas de goitre suffocant. Considérations au sujet d'une série de 50 extirpations de goitre. (Fall von Struma substernalis. Bericht über 50 Kropfexstirpationen.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **22**, Nr. 1/2, S. 11—17. 1914.

Der Erfolg, eine Serie von 50 Fällen, darunter 7 Basedowkranke, ohne Todesfall operiert zu haben, spricht für die vom Verf. geübte große Vorsicht bei der Auswahl seiner Kranken. Lokalanästhesie wird vorgezogen, aber nicht prinzipiell durchgeführt. Der Kropf wird durch subkapsuläre Enucleation entfernt. Bei Basedow wird die Halbseitenexstirpation mit Unterbindung des Gefäßstieles am anderen Oberlappen ausgeführt. Der in extenso geschilderte Fall bietet nichts Besonderes. *Hotz* (Freiburg).

Larionoff, W. E.: Venös-kavernöse Struma mit Störungen der Herztätigkeit und der Atmung. Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 5, S. 47—61. 1914. (Russisch.)

Der Seltenheit wegen wird der Fall (21jähriger Rekrut) sehr detailliert mit Pulskurven, Blutdruckmessungen, Elektrokardiogrammen u. a. mitgeteilt. Die Geschwulst entsprach vollständig einer vergrößerten Schilddrüse, gab aber auf Druck nach, verkleinerte sich und verschwand sogar bei der Inspiration, um bei verstärkter Exspiration um so mehr anzuschwellen; der Perkussionston über der Geschwulst war dumpf (keine Bronchialfisteln), die Abwesenheit von Gefäßgeräuschen sprach für den venösen Charakter des Kavernoms. Ein operativer Eingriff wurde von chirurgischer Seite der Gefahr von Luftembolie wegen abgelehnt. *Stromberg* (St. Petersburg).

Petrow, N.: Primäre Unterbindung der unteren Schilddrüsenarterie nach de Quervain bei Kropfoperationen. (*Chirurg. Klin. d. Prof. N. Petrow, Klin. Helenen-inst., St. Petersburg.*) Russki Wratsch Jg. **1914**, Nr. 21, S. 741—742. 1914. (Russisch.)

Bei 13 Kropfresektionen hat Verf. versucht, die Operation mit der Unterbindung der A. thyreoidea infer. nach de Quervain (d. h. im Zwischenraume zwischen der Aponeurose der Mm. sternohyoidei und sternothyreoidei und diesen Muskeln selbst) zu beginnen. Nur im ersten Falle wurde die Arterie nicht gefunden, in allen übrigen konnte sie ohne Mühe freigelegt und unterbunden werden. Die Ausführung dieser Unterbindung bedeutet einen entschiedenen Gewinn für die Operation, welche sich fast blutlos, und deshalb leicht und exakt gestaltet. *Petrow* (St. Petersburg).

Terrien: L'esoftalmo. Raccolta dal Coriat. (Der Exophthalmus.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr. 39, S. 411—414. 1914.

Es handelt sich um die italienische Übersetzung einer im Progrès médical Nr. 8. 1914 erschienenen klinischen Vorlesung über obiges Thema, welche nichts Bemerkenswertes bringt. *Hotz* (Freiburg).

Fernández, E.: Basedowsche Erkrankung beim Kind. Rev. clin. de Madrid Jg. **6**, H. 10, S. 361—367. 1914. (Spanisch.)

Kasuistische Mitteilung.

Lewi, William G.: Exophthalmic goiter and perverted thyroid secretion; and their treatment with high frequency electricity. (Morbus Basedowi und Hyperthyreoidismus; ihre Behandlung mit Hochfrequenzströmen.) Albany med. ann. Bd. **34**, Nr. 2, S. 63—73. 1913.

Alle Symptome der Basedowschen Krankheit sind verursacht durch eine übermäßige Abgabe von Schilddrüsensekret, welches seinerseits elektiv das sympathische Nervensystem schädigt. Verf. führt alle Basedowsymptome in ihrem Zusammenhang mit der Erkrankung des N. sympathicus auf. Durch Hochfrequenzströme läßt sich entlang der Wirbelsäule eine Hyperämie erzeugen, die den Sympathicus günstig beeinflußt. Das hat eine nutzbringende Rückwirkung auf alle Basedowsymptome. Verf. hat 34 Fälle von Hyperthyreoidismus mit Hochfrequenzströmen behandelt. Von zehn Fällen mit Exophthalmus wurden 3 geheilt, 5 gebessert, von 22 Fällen ohne Exophthalmus wurden geheilt 12, gebessert 6. Vor jeder beabsichtigten Schilddrüsenoperation

wegen Hyperthyreoidismus sollte, schon wegen der Besserung der Tachykardie, eine Hochfrequenzbehandlung vorgenommen werden. *L. Bassenge* (Potsdam).

Maurice: Pathogenesis of exophthalmos in Basedow's disease. (Pathogenese des Exophthalmus bei Morbus Basedowii.) Monthly cyclop. a. med. bull. Bd. **17**, Nr. 4, S. 212—214. 1914.

Der Exophthalmus ist das wichtigste Symptom der Basedowschen Krankheit; denn Schilddrüsenvergrößerung, Tachykardie und Nervosität können auch mit Enophthalmus verbunden sein; dann handelt es sich um Hypothyroidismus mit Ausgang in myxödemartige Kachexie. Kontraktion der glatten Orbitamuskeln infolge Reizung des Halssympathicus, sowie Parese der äußeren Augenmuskeln sind die Ursachen des Exophthalmus: Erhöhung des Sympathicustonus, Herabsetzung des Vagustonus, hervorgerufen durch Hyperfunktion des Nebennierenmarkes. Bei schweren Basedowfällen kann man den Übergang aus der thyreogenen in die adrenale Phase der Krankheit beobachten: es tritt Exophthalmus, erhöhter Blutdruck, Symptome von visceraler Arteriosklerose auf. Operation und Narkose sind in diesem Stadium gefährlich; interne Behandlung zeitigt weitgehende Besserungen. *Tölken* (Zwickau).

Fillié: Über Hautmetastasen eines Schilddrüsencarcinoms. (*Rudolf-Virchow-Krankenh., Berlin.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. **58**, Nr. 24, S. 676—682. 1914.

Schilddrüsenkrebse machen mit Vorliebe Metastasen in den Lungen und Knochen. Ausführlicher Bericht eines Falles von Thyreoideacarcinom einer 60jährigen Frau, die hauptsächlich an den Streckseiten der Extremitäten zahlreiche Hautmetastasen aufwies. In vivo exstirpierte Tumorstücke ließen trotz großer Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs mit der großen Struma keine strikte Diagnose zu. Erst ein aus der Tiefe der Cutis entnommener Schnitt zeigte Krebszellen. Die Sektion ergab die Identität der Hauttumoren mit dem Zylinderzellencarcinom der Schilddrüse. *Biernath* (Berlin-Lichterfelde).

Thymus:

Oliari, Aceste: Contributo allo studio del timo nella patologia dell'infanzia. (Beitrag zum Studium der Thymusdrüse bei der Pathologie des Kindesalters.) (*Clin. pediatr., univ., Parma.*) Pediatria Jg. **22**, Nr. 5, S. 329—344. 1914.

Das durchschnittliche Gewicht der Thymus beträgt 6 g bei der Geburt, bei einem Säugling von 2500 g Gewicht wiegt die Drüse 5 g, bei einem Gewicht von 4500 g 13 g. Die Abwesenheit der Drüse wird gewöhnlich mit dem Vorhandensein anderer Mißbildungen zusammen angetroffen. Punktförmige Hämorrhagien werden beobachtet nach dem Tode durch Asphyxie, bei Phosphorvergiftung und Infektionskrankheiten. Die Tuberkulose der Drüse ist selten, ebenso die luetischen Veränderungen, sie verursachen eine Proliferation der epithelialen Elemente um die cystischen Höhlen, welche Spirochäten enthalten. Bei der Hypertrophie des Organs kann leicht eine thymische Synkope entstehen, der Thymustod wurde durch 3 Theorien erklärt: 1. Die mechanische Theorie von Grawitz, die eingeklemmte Thymus vergrößert sich und übt einen Druck aus auf die verschiedenen Organe der Thoraxapertur. 2. Die nervöse Theorie (Paltauf) Status thymicolymphaticus, Hypertrophie des glandulären Systems und Empfindlichkeit der Herzganglien. 3. Die humorale Theorie (Escherisch) erklärt die Thymussynkope durch eine Hyperfunktion der Drüse, welche eine Überschwemmung des Organismus mit toxischen, die Herznerven anregenden Substanzen verursacht. Verf. hat eine Reihe Thymusdrüsen histologisch untersucht, in Fällen von diffuser Bronchitis, Pleuropneumonie, Streptokokkenpneumonie wurde initiale Sklerose angetroffen, in einzelnen Fällen schwere Sklerose. Bei 11 Fällen von Tuberkulose traf Verf. sechsmal eine mittelschwere und dreimal eine schwere Sklerose. *Monnier* (Zürich).

Pappenheimer, Alwin M.: Recent advances in thymus research. (Neuere Ergebnisse der Thymusforschung.) Americ. med. Bd. **20**, Nr. 4, S. 212—219. 1914.

Anschauliches, kritisches Referat.

Brust.

Allgemeines:

Rinaldi, R.: Sulla chirurgia del dotto toracico nel torace. (Die Chirurgie des thorakalen Abschnittes des Ductus thoracicus.) Torino: Tip. Giulio del signore 1913.

Verf. schildert ausführlichst die Anatomie des Ductus thoracicus beim Hunde und berichtet über die 11 mal im Tierexperiment durchgeführte Unterbindung des Ductus, die von einem Intercostalschnitt aus ohne Schwierigkeit und ohne nachteilige Folgen ausgeführt werden konnte. Durch zahlreiche Lymphgefäße an der Seite des Hauptstammes kommt es zum Kollateralkreislauf, so daß Ascites und Chylothorax ausbleiben. Entsprechend erscheint auch beim Menschen die Ligatur des Ductus am Orte der Wahl in der Höhe des VII.—VIII. Brustwirbels gerechtfertigt, wenn der Ductus durch eine Verletzung oder einen Tumor geschädigt ist. Hinweis auf die in der Literatur bisher berichteten Fälle, bei denen ein solcher Eingriff in Frage gekommen wäre. *Strauß* (Nürnberg).

Brustwand:

Berlatzky, G. B.: Über „Gynomastie" oder die Brustdrüsenvergrößerung bei Männern. (*Chirurg. Klin. Prof. W. A. Tiele, Med. Hochsch. f. Frauen, St. Petersburg.*) Wojenno-Medizinski Journal (Mil.-ärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 5, S. 4—30. 1914. (Russ.)

In der russischen Literatur fanden sich für die letzten zwei Dezennien bloß 12 Fälle der genannten Anomalie, denen Verf. einen dreizehnten beifügt. Es wird die Klassifikation, Anatomie, Histologie, Klinik, Diagnostik, Therapie und endlich die Aetiologie besprochen. Verf. versucht, seine „sympathische" Theorie zu begründen, indem er den intimen Zusammenhang zwischen den Brustdrüsen, auch des Mannes, mit den Keimdrüsen betont und besonders dem Onanismus keine unwesentliche Rolle hierbei (durch sekundäre Atrophie infolge von funktioneller Überanstrengung) zuschreibt. Verf. plädiert für Dienstbefreiung der Gynaekomasten, zumal dieselben sehr selten, vielleicht 1: 10—20 000 Rekruten vorkommen. *Stromberg* (St. Petersburg).

Speiseröhre:

Sippy, Bertram W.: An improved method of dilating esophageal strictures. (Verbesserte Methode zur Dilatation von Verengerungen der Speiseröhre.) Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. **28**, S. 185—193. 1913.

Anscheinend sehr wertvolle Bereicherung der chirurgischen Hilfsmittel. Den Patienten mit organischer Verengerung der Speiseröhre (z. B. durch Ca. oder Verätzung) läßt man ein etwa 30cm langes zusammengeknäueltes Stück eines Seidenfadens verschlucken, dessen Fortsetzung auf einer Spule aufgerollt ist, die dem Pat. an die Kleider angesteckt werden kann. Der Faden wird allmählich abgewickelt, so daß der Patient in den ersten 24 Stunden noch 3—4 m Faden weiterhin verschlucken kann, was durch Trinken befördert wird. Wo überhaupt noch Flüssigkeit die Verengerung passiert, wird auch der Faden seinen Weg finden. Ist sein Anfang so weit im Verdauungskanal vorgedrungen, daß er nicht mehr zurückgezogen werden kann, dann dient er als Führung für die Dilatatoren. An einem Draht ist eine kleine Metallolive befestigt, die parallel der Längsachse durchbohrt ist. Der Faden wird durch die Bohrung geführt und nun der Draht vorgeschoben. Jetzt kann die Olive keinen falschen Weg machen. Es werden nun über den Draht sukzessive größere zentral durchbohrte Oliven gestülpt und diese mittels eines Metallschlauches, der über den Draht geschoben ist und dem dieser wieder als Führer dient, durch die Verengerung sanft hindurch, gedrückt. Ist die Prozedur beendigt, so wird die ganze Kette der auf den Draht aufgereihten Oliven mit samt dem Draht und dem Metallschlauch herausgezogen. Verf. glaubt, daß mit dieser Methode jede Striktur permeabel und dilatierbar ist. Einige Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. *Burckhardt* (Berlin).

Alexejeff, A. P.: Die Chirurgie des thorakalen Teiles der Speiseröhre. (*Chirurg. Klin., Prof. S. P. Fedoroff, K. Milit.-med. Akad., St. Petersburg*). Dissertation: St. Petersburg 1914, 369 S. (Russisch.)

Die Arbeit Nassiloffs „Oesophagotomia et resectio oesophagi thoracica", die 1888

in der Zeitschrift Wratsch erschien, kann als erster Versuch und als Grundstein in der Frage der chirurgischen Inangriffnahme der Speiseröhre in der Brusthöhle in Rußland bezeichnet werden. Nach Erörterung der anatomischen Verhältnisse des hinteren Mediastinums hinsichtlich der Speiseröhre, der angrenzenden Organe und besonders der Pleurasäcke, widmet Verf. das nächste Kapitel den extrapleuralen Methoden, deren Ausgangspunkt die Nassiloffsche Operation darstellt und die Verf. unter dem Namen Mediastinotomia dorsalis (zum Unterschiede von der Mediastinotomia sternalis longitudinalis oder transversalis) zusammenfaßt. Auf Grund vergleichender Studien der verschiedenen Modifikationen der Mediastinotomia dorsalis hat Verf. eine eigene Methode ausgearbeitet, die in der Bildung eines gestielten Hautmuskellappens mit der Basis zur Scapula hin im Bereiche von vier Rippen besteht und bei der nach Isolierung der Speiseröhre dieselbe nach Möglichkeit zur Wunde hinausgeleitet und mit strengster Wahrung der Asepsis reseziert wird, wonach die Oesophagusstümpfe in die entsprechenden Wundwinkel eingenäht und der Hautmuskellappen an Ort und Stelle zurückgebracht werden. Die Mediastinotomia sternalis hat nur Nachteile vor der dorsalen Methode und kommt nur bei Verletzungen der Speiseröhre am Halsteile auf der Höhe des Schlüsselbeines in Betracht. Der transperitoneale Weg zur Speiseröhre ist sehr unbequem und kann sich nur auf den alleruntersten Teil an der Kardia beziehen, doch wird auch hier meist die transpleurale Methode den Vorzug verdienen. Als Anhang zu dem Kapitel der extrapleuralen Methoden werden die ausführlichen Krankengeschichten der bisher mittelst der Mediastinotomia dorsalis operierten Fälle angeführt (zwei günstig verlaufene Fälle von Enderlen und Reisinger). — Die ersten experimentellen Versuche eines transpleuralen Zuganges zur Speiseröhre wurden von Dobromysslow (Zentralbl. f. Chir. 1901) publiziert. Es werden dann eingehend Sauerbruchs Arbeiten berücksichtigt und die Mißerfolge verschiedener Chirurgen, die nach Sauerbruchs Methode vorgingen, wie deren mannigfaltigen Modifikationen geschildert. Verf. führt dann seine eigenen Versuche an 40 Hunden, von denen die meisten an Pleuritis, einige bei weiteren Eingriffen an Narkose eingingen, an. Bloß 1 Hund nach Oesophagotomie mit nachfolgender Naht derselben erholte sich endgültig. Die Resultate der transpleuralen Methode am Menschen sind auch recht trostlos: Verf. konnte 45 derartige Fälle zusammenstellen, von denen 12 Probethorakotomien mit 3 letalen Ausgängen, 25 Resektionen mit nur einer Heilung (Zaaijer) und die übrigen kleineren Eingriffe mit 5 Heilungen endeten. Von den 4 Methoden der transpleuralen Oesophagusresektion: 1. Biondi - Sauerbruch, 2. Küttner, 3. Meyer und 4. Zaaijer ist nur bei der letzten auf Erfolg zu rechnen, da durch die vorläufige ausgiebige Rippenresektion die Diaphragmabewegungen ausgeschaltet und die Oesophagusstümpfe bequem hinausgeleitet werden können. Die verschiedenen technischen Schwierigkeiten und Komplikationen erwägend, fällt Verf. sein Urteil zugunsten der Nassiloffschen Schnittführung in seiner Modifikation und präzisiert die Indikationen zu diesem, wie zu dem transpleuralen Verfahren folgendermaßen: Extrapleural soll operiert werden im Falle von Fremdkörpern, bei paraoesophagealen Phlegmonen, bei Verletzungen, gut- und bösartigen Neubildungen der Speiseröhre, wenn deren untere Grenze 30—35 cm von der Zahnreihe nicht überschreitet; Divertikel und Narbenstrikturen können wie extra-, so auch transpleural in Angriff genommen werden; der transpleuralen Methode bleiben die Speiseröhrentumoren, die tiefer als 35 cm von der Zahnreihe liegen, vorbehalten. Zweizeitiges Operieren ist dem einzeitigen vorzuziehen. Bei der Wiedervereinigung des oralen Oesophagusstumpfes mit dem Verdauungstractus kann die intrapleurale Magenverlagerung nach Biondi oder besser die transdiaphragmale Verlagerung einer isolierten Dünndarmschlinge nach Fedoroff zur Anwendung kommen. Es folgt ein Anhang von ausführlichen Krankengeschichten der auf transpleuralem Wege ausgeführten Operationen an der Speiseröhre. — Ein großes gesondertes Kapitel ist dem Druckdifferenzverfahren, das Verf. mit dem Namen „Pneumopression" belegt, gewidmet. Nach kurzem geschichtlichen Überblick geht

Verf. auf die physiologischen Streitfragen hinsichtlich der Einwirkung des Über- und Unterdruckes auf Blutkreislauf und Atmung ein. Dann folgt die Beschreibung der verschiedenen Apparate. Zu experimentellen Zwecken hatte Verf. sich einen eigenen Apparat nach Art des Brauerschen konstruiert; an den Kranken in der Klinik von Prof. Fedoroff kam die Brauersche Überdruckkammer, die Gutes leistete, zur Anwendung. Die Insufflationsmethode von Meltzer-Auer findet auch eine genaue Berücksichtigung, indem Verf. in ihr eine Vervollkommnung und zugleich eine Vereinfachung der bisherigen Methoden begrüßt und die Meinung äußert, daß dieses Verfahren mit der Zeit wohl den ersten Platz unter den anderen Druckdifferenzmethoden einnehmen wird. Die Arbeit ist reich und gut illustriert und kann als ausführliches Handbuch in Fragen der Oesophaguschirurgie und des Druckdifferenzverfahrens angesehen werden. *Stromberg* (St. Petersburg).

Lungen:

Michailowa, E. M.: Ein Fall von Freundscher Operation bei Lungenemphysem. (*Chirurg. Abt. d. Soldatenkowschen Krankenh., Moskau.*) Medizinskoje Obosrenije Bd. 81, Nr. 7, S. 634—645. 1914. (Russisch.)

34jähriger Mann mit schwerem Lungenemphysem und Myokarditis. Seit 20 Jahren Husten, seit 10 Jahren in der Arbeit stark behindert durch Dyspnöe und Husten. Vollkommene Thoraxstarre: bei angestrengter Atmung eine Exkursionsweite von 1 cm. Starker Husten mit schleimig-eitrigem Sputum. Bei der Operation wurde rechts vom 2., 3. und 4. Rippenknorpel je 3 cm reseziert, der 5. Knorpel durchschnitten. Interposition von Lappen aus dem Pectoralis major. Nach der Operation schwand die Dyspnöe, die Atmungsfrequenz fiel von 28—32 auf 20—24. Die Exkursionsweite des Thorax stieg auf 5 cm. Patient konnte ohne Dyspnöe gehen und Treppen steigen. Der Husten wurde geringer, die Expektoration leichter. Volle Arbeitsfähigkeit stellte sich nicht ein, was nach Ansicht des Verf. auf die Schwere des Falles und die Komplikation mit Myokarditis zurückzuführen ist. Bei einer Nachuntersuchung nach 1 Jahr hielt die Besserung an. *Riesenkampff* (St. Petersburg).

Schulz, E.: Die kombinierte Methode der Auscultation und Perkussion zur Bestimmung der Grenze der komprimierten Lunge beim Anlegen des künstlichen Pneumothorax. Tuberkulës Jg. 3, H. 4, S. 240—249. 1914. (Russisch.)

Da der Verbreitung der Behandlungsmethode mit dem künstlichen Pneumothorax häufig die Meinung im Wege steht, daß man dabei ohne Röntgenapparat nicht auskomme, empfiehlt Verf. die im Titel genannte, von Philippi angegebene Methode, die einen Röntgenapparat entbehrlich mache. Durch Hammerplessimeterperkussion und gleichzeitige Auscultation der Umgebung mit dem Phonendoskop läßt sich die Grenze der komprimierten Lunge und der Pneumothoraxhöhle mit großer Genauigkeit feststellen, wie Verf. es an mehreren durch Röntgenstrahlen kontrollierten Fällen nachweisen konnte. *Riesenkampff* (St. Petersburg).

Lebedeff, P.: Der künstliche Pneumothorax und seine Anwendung in der Behandlung der Lungentuberkulose. Medizinskoje Obosrenije Bd. 81, Nr. 8, S. 673 bis 703. 1914. (Russisch.)

Hervé: Quelques réflexions à propos du pneumothorax. (Einige Beobachtungen über den Pneumothorax.) Ber. d. 11. internat. Tuberkul.-Konf., Berlin, 22.—25. X. 1913. S. 159—169. 1914.

Mitteilung von 34 über ein Jahr beobachteten Fällen. In über der Hälfte trat Hydrothorax auf, meistens ohne daß Schmerzen oder Temperatursteigerungen vorhanden waren. Der Erguß ist reich an Albumen und Bacillen, selten wird er eitrig. Der Kranke zeigt subjektiv meist große Toleranz gegen diese „Pleuritis". Der Vorgang kann jedoch nicht als gleichgültig oder als ein „providentieller Ersatz" des Pneumothorax aufgefaßt werden. Die Pleuraverdickung bedingt eine geringere Kompressionsfähigkeit der Lunge und kann auch für Herz, Leber und Magen schädliche Folgen nach sich ziehen. 6 Todesfälle, 3 mal keine Besserung, 2 sichere, 12 wahrscheinliche Heilungen. Hervé empfiehlt den Pneumothorax in Verbindung mit exakt dosierter Heliotherapie. In der Diskussion betont Jaquerod, daß im Gegensatz zu den

Erfolgen in der ersten Zeit die Fernresultate viel weniger günstig seien; die Kranken bleiben invalid. Im 2. Jahre der Behandlung sind auch von solchen eine Anzahl zugrunde gegangen, welche anfangs die besten Hoffnungen erweckten.

Hotz (Freiburg).

Ponzi, Guido: Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare. (Artificieller Pneumotorax bei der Lungentuberkulose.) Riv. osp. Bd. 4, Nr. 9, S. 422 bis 431 u. Nr. 10, S. 465—472. 1914.

Herzbeutel, Herz:

Armstrong, George E.: Bullet in the pericardium. Auricular fibrillation. (Eine Kugel im Herzbeutel.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 852—854. 1914.

46jähriger Mann mit einer Schußverletzung des Brustkorbes (Revolverschuß auf 5 Fuß Entfernung). Durchleuchtung ergab das bei Lagewechsel bewegliche Geschoß im Herzbeutel. Keine besonderen subjektiven Beschwerden. In den nächsten Tagen Verschlechterung des Pulses, der rascher, unregelmäßiger, kleiner und weicher wird. Eine Pulskurve zeigte komplettes Vorhofflimmern. Die Unregelmäßigkeit des Pulses war nicht durch Extrasystolen bedingt. Infolgedessen am 5. Tage Operation (intratracheale Äthernarkose). Intercostalschnitt, Resektion der fünften Rippe, Entfernung des frei im Herzbeutel hinter dem Herzen gelegenen Geschosses. Vollständiger Nahtverschluß nach Aufblähung der Lunge. Unmittelbar nach der Operation begann bereits die Pulszahl zu sinken und war ganz regelmäßig. Die Pulskurve war wieder normal, das Vorhofflimmern verschwunden. Armstrong schließt aus diesem Fall, für den er ein Analogon in der Literatur nicht gefunden hat, daß ein Anfall von Vorhofflimmern bei einem sonst gesunden Herzen auf einen Fremdkörper im Herzbeutel hinweist.

Colmers (Coburg).

Chalier, J., et L. Nové-Josserand: Guérison d'un anévrisme de la crosse de l'aorte par les injections de sérum gélatiné. (Heilung von einem Aneurysma des Aortenbogens durch Injektionen von Serumgelatine.) Journ. de méd. interne Jg. 18, Nr. 13, S. 124. 1914.

Fall von hochgradigem Aortenaneurysma, dessen Pulsation früher im Jugulum zu fühlen war, wurde durch Serumgelatine (2proz.) günstig beeinflußt. Nach 2mal 18 Injektionen zu je 20 ccm war die voluminöse Geschwulst beträchtlich zurückgegangen und hatte knorpelharte Konsistenz angenommen. — Exitus erfolgte an gleichzeitig bestehender Lungentuberkulose. Autopsie ergab, daß die Aneurysmahöhle von wandständigen fibrinösen Massen erfüllt war, das Aortenlumen war im übrigen frei passierbar. *Duncker* (Brandenburg).

Jeger, Ernst, und Joseph Leland: Zur Nahttechnik am Aortenbogen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Breslau.*) (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 91, H. 3, S. 708—717. 1914.

Die Naht des Aortenbogens leidet unter 2 Schwierigkeiten; einmal der Unmöglichkeit einer länger dauernden zentralen Abklemmung, und 2. unter der großen Brüchigkeit der Aortenwand an dieser Stelle. Die Verf. glauben mittels folgender Technik diesen beiden Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen und haben damit an Hunden gute Resultate gehabt.

Durch Umstechung der Aorta mittels dreier allerdünnster gerader Gefäßnadeln (Kirby Nr. 14) die parallel zueinander so durch das Gefäßlumen hindurchgeführt werden, daß Ein- und Ausstichstelle etwa ein Drittel der Gefäßcircumferenz voneinander entfernt sind. Dahinter wird das Gefäß mit einer eigens konstruierten feinen Klemme mit 1 mm weiten Branchen und einem endständigen Schloß so gefaßt, daß eine die Intaktheit der Wand gefährdende Quetschung nicht stattfinden kann. Auf diese Weise wird etwa ein Drittel der Aortenwand abgeklemmt und es ist möglich, ohne Unterbrechung des Kreislaufes und ohne zu große Überanstrengung des Herzens eine Naht des Zwischenstückes ev. eine Excision und Naht auszuführen. Die Naht ist mit dünner Gefäßseide, die in Vaseline gekocht ist und möglichst nach jedem Stich wieder durch Vaseline gezogen wird, in Form einer doppelläufigen fortlaufenden Naht anzulegen.

In der Diskussion weist Dreyer auf die Zweckmäßigkeit der Herausnahme mindestens einer ganzen Rippe bei der Eröffnung der Pleurahöhle hin statt eines einfachen Intercostalschnittes und empfiehlt, statt der fortlaufenden Naht die Knopfnaht anzulegen, um die die Sicherheit der Naht gefährdenden Ernährungsstörungen auszuschließen. Er konnte so die Pleurahöhle beim Hunde luftdicht drainieren unter einfacher Benutzung eines Glasdrains mit einem Kondomfingerling. Beim Hund reicht die einseitige Drainage wegen der manchmal auf dem Wege des infrakardialen Sinus bestehenden Kommunikation nicht aus. *Sievers* (Leipzig).

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Kure, Ken, Tohëi Hiramatsu und Hachiro Naito: Zwerchfelltonus und Nervi splanchnici. (*Med. Klin., Univ. Tokyo.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. 28, Nr. 3, S. 130-134. 1914.

Die Autoren nehmen auf Grund ihrer Versuche an, daß der Tonus des Zwerchfelles von Fasern beherrscht wird, die vom Rückenmark aus auf dem Wege der Nervi splanchnici und des Ganglion coeliacum zum Zwerchfell gehen. *Hürter* (Marburg).M

Majocchi, Andrea: Ferite dell' addome. (Über Unterleibsverwundungen.) Osp. magg. Jg. 2, Nr. 4, S. 261—265. 1914.

Vorlesung über obiges Thema aus einem Kurs über dringliche Chirurgie mit Einstreuung persönlicher Beobachtungen, vorwiegend aus dem Materiale des Osp. magg. in Mailand. *Fieber* (Wien).

Neve, A.: Abdominal surprises. (Unerwartete Befunde bei Laparotomien.) Indian med. gaz. Bd. 49, Nr. 5, S. 183—185. 1914.

Erwähnenswert sind je 1 Fall von Lithopädion und von ektatischem Magen, der für Ovarialcyste gehalten wurde. *Burckhardt* (Berlin).

Bauchfell:

Segagni, Siro: Contributo alla casistica delle peritoniti pneumococciche nei bambini. (Beitrag zur Kasuistik der Pneumokokkenperitonitis der Kinder.) (*Osp. infant. Regina Margherita, Torino.*) Riv. crit. di clin. med. Jg. 15, Nr. 20, S. 305 bis 310. 1914.

Fall I. 10jähriges Mädchen. Ein Monat vor der Aufnahme Schmerzen im Abdomen, welche nach und nach intensiver wurden und namentlich im linken Hypochondrium sich entwickelten. Der Leib ist druckempfindlich, Muskelspannung, kein Exsudat. Einige Tage später intensiver Schmerz des linken Beines, welches ödematös war. Pirquet negativ, nach und nach bildete sich ein Exsudat, in welchem Pneumokokken gefunden wurden. Die Laparotomie ergab einen ziemlich starken Erguß und zahlreiche Mesenterialdrüsen. Tod. Bei der Autopsie zahlreiche Miliartuberkel in der Lunge und stark entwickelte Hilusdrüsen. — Fall II. 9 Jahre altes Mädchen, erkrankt an einer Darminfektion typhösen Charakters. In beiden Hypochondrien bemerkte man strangartige knollige Tumoren. Die Punktionsflüssigkeit enthielt Pneumokokken. Bei der Laparotomie entleerte sich viel rahmiger Eiter. Heilung. — Fall III. 4 Jahre altes Mädchen. Dyspnöe. Fieber bis 41°, etwas Exsudat in der Bauchhöhle. Punktion ergibt 3 ccm seropurulenten Exsudats, in welchem zahlreiche Diplokokken enthalten sind. Exitus. *Monnier* (Zürich).

Marfan, A.-B.: La tuberculose du péritoine dans la première enfance. (Die Tuberkulose des Bauchfells im ersten Kindesalter.) Journ. de méd. interne Jg. 18, Nr. 14, S. 131—132. 1914.

Tuberkulose des Peritoneums ist beim Säugling nicht gar so selten, unterscheidet sich aber in ihrem Verlauf wesentlich von der bei größeren Kindern. Beim Säugling ist sie fast immer im Laufe weniger Wochen tötlich, wird aber in der Regel erst erkannt, wenn auch andere Organe tuberkulös erkrankt sind. Die Cutireaktion, wenn sie positiv ist, ist für die Diagnose nicht ohne Bedeutung, besagt aber nichts darüber, ob ein fortschreitender oder stillstehender Prozeß vorliegt. An der Hand eines Falles, in dem bei einem 14monatlichen, enorm abgemagerten Kind nichts weiter nachweisbar war als ein Meteorismus, zeigt Verf. die diagnostischen Schwierigkeiten. Von Ascites war nicht die Spur da, Resistenzen waren nicht zu fühlen, es bestand weder Durchfall noch Verstopfung. Gerade dieser letztere Punkt, Fehlen von Durchfall und Verstopfung bei chronischem Meteorismus ist verdächtig auf Peritonealtuberkulose. In diesem Falle bestätigte die Sektion die Diagnose. *Herzfeld.*

Holst, P. F.: Über die Initialsymptome und Abortivformen der Peritonealtuberkulose. Medicinsk Revue Jg. 31, Mai-H., S. 470—478. 1914. (Norwegisch.)

Verf. bespricht einzelne Initialsymptome der tuberkulösen Peritonitis, so wie sie sich bei 30 Fällen von tuberkulöser Peritonitis, behandelt im Rikshospital auf der medizinischen Abteilung B im Laufe der letzten 10 Jahre, gezeigt haben. In Verbindung hiermit macht er auf einzelne diagnostische Fehler aufmerksam, die im Anfang bei einem Teil der genannten 30 Fälle gemacht worden waren. Bei einigen Fällen, wo die

Krankheit akut mit Schmerzen begonnen hatte, war die Diagnose auf Appendicitis gestellt worden, während der weitere Verlauf oder die Operation zeigte, daß tuberkulöse Peritonitis vorlag. Bei einem Falle arteten die Symptome sich derartig, daß die Diagnose im Anfang auf Typhus gestellt wurde. In vielen von den 30 Fällen ging der klinisch nachweisbaren Peritonitis eine längere oder kürzere Periode mit dyspeptischen und kardialgischen Symptomen voraus. In dieser Periode waren die Patienten unter der Diagnose Ulcus ventriculi, chronische Gastritis, Dyspepsie usw. behandelt worden. Verf. behandelt die Frage, ob man mit Recht diese Symptome einer im übrigen latenten Peritonitis auffassen kann, und hebt die Möglichkeit hervor, daß ein Teil der tuberkulösen Peritonitiden abortiv verläuft mit unbestimmten Symptomen seitens des Magens und des Abdomens und zuletzt geheilt wird, ohne daß es jemals zur Entwicklung einer klinisch nachweisbaren Peritonitis gekommen wäre. Endlich wird als ein häufig vorkommendes Symptom bei tuberkulöser Peritonitis eine vorübergehende initiale Diarrhöe erwähnt. *Nilssen* (Christiania).

Hernien:

Léo, G.: Hernie ombilicale de l'enfance; sa cure chirurgicale. (Der Nabelbruch bei Kindern; seine chirurgische Behandlung.) Clinique (Paris) Jg. 9, Nr. 21, S. 329 bis 331. 1914.

Da nach Ansicht des Verf. die Nabelbrüche bei Erwachsenen immer auf einen unvollständigen Verschluß des Nabelringes in der Kindheit zurückzuführen sind, soll bei Kindern in allen Fällen operiert werden, wo nach dem 2. Lebensjahre der Nabelring noch nicht völlig geschlossen ist, auch wenn eine Hernie derzeit nicht besteht. Als Operationsmethode wird die Querfaltung und Vernähung der Aponeurosen empfohlen bei Erhaltung des Hautnabels. *v. Khautz* (Wien).

Novaro, Nicola: La cura radicale dell'ernia inguinale nei bambini. (Die Radikaloperation der Hernien bei Kindern.) (*Osp. mandament., Copparo.*) Clin. chirurg. Jg. 22, Nr. 4, S. 588—595. 1914.

Verf. empfiehlt die Operation der Hernien vom 10. Monate ab. 2 Tage Beobachtung. Bad. Ricinusöl. Hautdesinfektion mit Benzin, Äther und Alkohol. 0,001—0,003 mg Morph. subcutan. Äthertropfnarkose. Bassini. Catgut auch für die Haut. Verband mit Guttapercha und Watte. Tannigen für die ersten Tage. Verf. hat 70 Fälle operiert, alle pp geheilt, leichte Temperaturen wurden bei 52 Kindern beobachtet. Das Rezidiv scheint seltener zu sein als bei den Erwachsenen. *Monnier* (Zürich).

Pleteneff, W. F.: Hernien und Hydrocele communicans, als Ursachen der Dienstuntauglichkeit. Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. 239, H. 4, S. 560—565. 1914. (Russisch.)

Hayem, L.: La cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale. (Die Radikaloperation des Schenkelbruches auf inguinalem Wege.) (*Hôtel-Dieu, Marseille.*) Prov. méd. Jg. 27, Nr. 22, S. 239—241. 1914.

Verf. beschreibt ausführlich seine Methode der Radikaloperation von Schenkelbrüchen, welche er in fünf Fällen angewandt hat. Der Bruchsack wird dabei vom Leistenkanal aus freigelegt und abgetragen, die Bruchpforte durch Naht des Obliquus int. und Transversus an das Coopersche Band verschlossen. Die inguinale Methode gibt allein Sicherheit gegen ein Rezidiv und sollte deshalb in allen Fällen nicht eingeklemmter Schenkelbrüche angewandt werden. *v. Winiwarter* (Oberhollabrunn).

Magen, Dünndarm:

Crone, E.: Über Bariumsulfat als Kontrastmittel in der Röntgendiagnostik des Magendarmtraktus. (*Chirurg. Klin., Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 19, S. 1056—1058. 1914.

Crone spricht sich auf Grund eigener klinischer Erfahrung sowie derjenigen anderer zuverlässiger Beobachter für die Anwendung des Bariumsulfates als ungiftiges, stark schattenbildendes Kontrastmittel in der Magen-Darmradiologie aus. Vergiftungen mit reinem Bariumsulfat sind in der Literatur nicht bekannt. Verf. beschreibt ausführlich einen plötzlichen Todesfall bei einem Kinde mit Hirschsprungscher Krankheit, als dessen Ursache zunächst eine Bismutintoxikation vermutet wurde; das Ergebnis der Autopsie war jedoch eine Schluck-

pneumonie und Gehirnödem bei einem Status lymphaticus. Allerdings hat man darauf zu achten, daß nur reines Bariumsulfat verwendet werde, „Barium sulfuricum für Röntgenuntersuchungen" wie es E. Merck (Darmstadt) liefert. *Gergö* (Budapest).

Brown, Thomas R.: The etiology, symptomatology, diagnosis, and treatment of acquired displacement and fixation of the stomach and intestines. (Die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der erworbenen Lageveränderung und Fixation des Magens und der Därme.) Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. **28**, S. 136—156. 1913.

Den Ausführungen des Verf. liegen 86 Fälle zugrunde, von denen 32 operiert worden sind. Viele Störungen seitens des Magens und der Därme, die bisher als rein funktionell angesprochen wurden, haben in Wirklichkeit eine organische Veränderung als Grundlage, bestehend in der Lageveränderung und Fixation des Magens und der Därme. Diese haben mannigfache Ursachen, von denen allein die durch den Zug oder die Umschnürung von Adhäsionen entstandenen in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt werden. Die Adhäsionen sind ihrerseits wieder zurückzuführen auf chronische Appendizitis, Perityphlitis, Perikolitis, Entzündungen der Gallenblase oder des Pankreas, auf oberflächliche Erosionen oder Ulcerationen des Magens oder Duodenums, auf vorausgegangene Operationen oder auf Neubildungen. Außerdem kommen in Frage Tuberkulose, Syphilis, Typhus, Coecum mobile, Ptosis der Baucheingeweide, Gallenstauung. Die Symptome bestehen in Störungen der motorischen, sekretorischen und sensorischen Funktionen, in Erscheinungen von erschwerter Passage, chronischen Entzündungen, Konstriktion der Nerven, Kotstauung, sog. Autointoxikation usw., die oft auf Erkrankungen anderer Abschnitte des Verdauungstraktes bezogen werden. Die klinischen Symptome, und zwar die lokalen wie die allgemeinen (Schmerz, Fieber, Obstruktions- und toxische Erscheinungen) werden des näheren besprochen, ferner die Störungen der Magenverdauung, die Veränderungen des Stuhls und Urins und zuletzt die Resultate, die durch die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen gewonnen werden. Bei der Behandlung spielt die Prophylaxe eine große Rolle. Häufiger Lagewechsel bei allen Laparotomierten, frühzeitige Bauchmassage, Bekämpfung der Verstopfung, Mastkuren bei kongenitaler Ptosis der Eingeweide oder geeignete Bandagen und Korsetts, Diät, welche die Muskulatur kräftigt, ohne den Fettansatz zu begünstigen. Die Operation kommt in Frage, wenn diese Mittel erfolglos bleiben, vor allem die Appendektomie und Coecostomie mit länger fortzusetzenden Ausspülungen des Kolon. Bei chronischer Appendicitis mit Magensymptomen muß Magen und Duodenum auf das Vorhandensein oberflächlicher Ulcerationen und Erosionen untersucht werden. Den Schluß der Arbeit bildet eine Zusammenfassung und eine kurze Diskussion, in der Cabot darauf hinweist, daß er ausgesprochene Enteroptose mit Diät, Bandage und Lagerung mit Erfolg behandelt habe, die Röntgenaufnahme aber keine Änderung des abnormen Befundes habe erkennen lassen. In einem anderen Falle habe er einen sehr tief stehenden Magen bei einem ganz gesunden Studenten gefunden. *Brentano.*

Paillard, H.: Quelques notions récentes sur l'ulcère de l'estomac. (Einige neue Bemerkungen über das Magengeschwür.) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 20, S. 315 bis 316. 1914.

In kurzen Worten wird folgendes besprochen: Diagnostischer Wert der Druckpunkte am Rücken, Symptomenkomplex beim Ulcus der kleinen Kurvatur, Frühsymptom der Magenperforation (Druckempfindlichkeit des Douglas), Ulcus ventriculi und Urämie und schließlich Magenulcus und tabische Krisen. *Salzer* (Wien).

Gross, M. H., and I. W. Held: Ulcus ventriculi. (Magengeschwür.) Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 3, S. 426—470. 1914.

Der Ursprung des Ulcus ventriculi wird in mechanischen und sekretorischen Störungen des Magens gesucht. Bei Individuen vom Vagus-Sympathicustyp, bei denen diese krankhafte Anlage ihren Sitz in erster Linie im Magen hat, findet sich bei vorherrschender Beteiligung des Sympathicus Hyperacidität oder Hypersekretion, bei vorherrschender Beteiligung des Vagus Hyposekretion. Das Bestreben, die Beschwerden

zu vermindern, führt zur Einschränkung der Nahrungsaufnahme und diese zur Hypotonie. Die Hypotonie kann auch angeboren sein. Von der austreibenden Muskulatur des Pylorus und der kleinen Kurvatur, wohin die Nahrung chemisch und mechanisch unvorbereitet gelangt, wird nun stark gesteigerte Arbeitsleistung verlangt, die in ihren höchsten Graden zu tetanischen Kontraktionen führt. Durch die auf das äußerste getriebene Einschnürung der örtlichen Blutgefäße wird Ischämie gesetzt und damit Autodigestion und Geschwürsbildung ermöglicht. Bei prädisponierenden Krankheiten, Chlorose, sekundärer Anämie und Malaria, kommt eine Erkrankung der Gefäßwände selbst hinzu. Seltener spielen Traumen von außen (Schuhmacher, Korsett) oder von innen (Köche, Alkoholiker) eine Rolle. Entgegen der alten Ansicht sind Männer öfter befallen als Frauen, und zwar Frauen in jüngeren und Männer in ältern Jahren. Meist beläuft sich das Lebensalter auf 15 bis 40 Jahre. Spontanheilung kommt durch gesteigerte Schleimabsonderung zustande. Der Schleim bildet einen Schutz gegen chronische, thermische und mechanische Schädigungen. Es gibt ein akutes Magengeschwür, das zur Heilung oder auch aus vollem Wohlbefinden zur Perforation führen kann. Im präulcerösen Stadium fordern wage Magenbeschwerden, wie Völlegefühl nach dem Essen und saures Aufstoßen, zur Vorsicht und zur Diät auf. Das kleine Geschwür kann symptomlos verlaufen. Der Schmerz wird durch mechanische und chemische Reizung der ulcerierten Stelle erklärt, welche Spasmen in Form tetanischer Kontraktionen der Muscularis mucosa und Muscularis propria verursacht. Die Zeit des Einsetzens der Schmerzen nach dem Essen ist unabhängig vom Sitz des Geschwürs. Doch kann der Ort des stärksten Schmerzes oder die Ausstrahlung des Schmerzes einige Auskunft über den Sitz geben. Beim Sitz am Pylorus wird Lage auf der rechten Seite vermieden, beim Sitz an der Kardia Lage auf der linken Seite. Druckpunkte haben nur beschränkten Wert. Pyrosis, die Parästhesie des Magens, ist in allen Stadien ein wesentliches Krankheitszeichen. Hyperacidität ist häufig, aber zum Krankheitsbild nicht erforderlich. Noch häufiger ist Hypersekretion, die auch als alimentäre Hypersekretion auftreten kann. Erbrechen ist beim einfachen Geschwür nicht häufig; dagegen kommt Brennen unter dem Brustbein und im Kehlkopf und saurer Geschmack im Mund öfter zur Beobachtung. Hämatemesis ist nur in spärlichen Fällen vorhanden, öfter okkulte Blutbeimengungen zum Stuhl, die ein florides Geschwürsstadium anzeigen. Vor der Untersuchung auf okkulte Blutbeimengungen muß drei Tage fleischlose Diät eingehalten werden. Stagnation des Inhalts kann vorkommen, gehört aber nicht zum Krankheitskild des Geschwürs. Das Röntgenverfahren ist zur Feststellung des Magengeschwürs und seiner Komplikationen (Adhäsionen, Ulcus callosum, Ulcus penetrans, Sanduhrform) nicht zu entbehren. Beim Sanduhrmagen werden unterschieden: Röntgen-Sanduhrmagen (Folge eines floriden Geschwürs der kleinen Kurvatur), durch Narbengewebe hervorgerufener Sanduhrmagen, spastischer Sanduhrmagen, Sanduhrmagen, hervorgerufen durch Gas oder Tumor des Colon transversum, endlich Sanduhrmagen, vorgetäuscht durch Krebs der großen Kurvatur. Das Duodenalgeschwür unterscheidet sich vom Magengeschwür differentialdiagnostisch durch die ausgesprochene Bevorzugung des Winters, durch jahrelange freie Intervalle, durch häufigeren, konstant positiven Ausfall der Probe auf okkulte Blutbeimengungen zum Stuhl, durch die Möglichkeit der Aspiration kleiner blutiger Partikel mit dem Duodenalschlauch, durch die Bevorzugung robuster Individuen (Männer), durch den Ort des Schmerzpunktes, durch Perforation ohne vorhergehende Krankheitszeichen und durch die Röntgenbefunde. Bösartige Neubildungen unterscheiden sich vom Magengeschwür durch das Fehlen einer jahrelangen Vorgeschichte, durch geringere Dilatation, öfter sogar Contractur des Magens, völliges Fehlen des Appetits (beim Geschwür Wechsel), Fehlen von Steifung und Peristaltik, durch Kachexie, Achylie, Boas-Oppler Bacillen und üblen Geruch des Mageninhalts. Die akute Pankreatitis unterscheidet sich von der Geschwürsperforation durch ihr plötzliches Einsetzen ohne Vorboten, umschriebene, heftigste Schmerzen, Spannung nur im Ober-

bauch, keine Beeinflussung der Leber- und Milzperkussion, häufiges Erbrechen, das bei der Geschwürsperforation meist fehlt, Zurücktreten des Schocks und ausgesprochenen Kollaps vom Einsetzen des Leidens an, der bei der Geschwürsperforation erst mit Entwicklung der Bauchfellentzündug eintritt. Chirurgische Behandlung wird empfohlen, wenn systematisch durchgeführte innere Kuren, die ausführlich geschildert werden, versagt haben. Dem chirurgischen Eingriff, worin er auch besteht, muß sorgfältige innere Nachbehandlung folgen. *zur Verth* (Kiel).

Liefmann, E.: Über das Schicksal von Säuglingen mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen. (*Städt. Säuglingsheim, Dresden.*) Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **12**, Nr. 12, S. 714—748. 1914.

Von 46 Pylorospastikern starben 5 in der Anstalt (10,8%), das 2. Lebensjahr erreichten nur 80%. 3 Säuglinge mit Pylorospasmus wurden operiert, 2 nach Weber (partielle Pyloroplastik) und 1 nach Rammstedt (Einkerbung des hypertrophischen Pylorusmuskels), alle 3 geheilt und nachuntersucht, gesund. *v. Khautz* (Wien).

Schwartz, Anselme: Les sténoses du pylore. (Die Pylorusstenosen.) Progr. méd. Jg. **42**, Nr. 21, S. 242—245. 1914.

Stenosen 1. durch äußere Kompression, 2. durch innere Obliteration, 3. durch Wandveränderungen, 4. durch Knickung. Funktionelle Symptome: Schmerz und Erbrechen. Schmerz kolikartig, 3—4 Stunden nach der Mahlzeit. Schließlich wird Magen atonisch. Erbrechen zuerst selten, später häufiger, 3—4 Stunden nach der Mahlzeit. Es kommt zur stomachalen Intoleranz, zum Erbrechen durch Überlaufen. Sehr wichtiges Charakteristicum das sehr reichliche Erbrechen (2—3 Liter) von alten Speiseresten und ein ekelhafter, mehr oder weniger fötider Geruch des Erbrochenen. Subjektiv Klagen über Durst und Obstipation. Physikalische Symptome: 1. Vorwölbung im Epigastrium mit intermittierender oder dauernder Spannung. 2. Von links nach rechts, von unten nach oben verlaufende peristaltische Wellen. Palpatorisch Resistenz. Plätschergeräuch. Perkutorisch: Untere Grenze tief. Leichte Ausdehnbarkeit durch Aufblähung. Radioskopie und Radiographie zeigen Senkung und Dilatation. Chemisches Verhalten. Appetitlosigkeit, hartnäckige Verstopfung, Oligurie, Herzpalpitationen, Schwindel, Neurasthenie, sogar Tetanie, bisweilen schmerzhafte Kontraktionen von Händen und Vorderarmen, Füßen und Beinen, auch epileptiforme, endend mit Coma dyspepticum. Neben den genannten Stenosen gibt es noch zwei: 1. die akute (durch Laugen und Säuren), 2. die kongenitale der Neugeborenen. Diagnostik der Pylorusstenose: 2 Krankheiten muß man ausschließen: 1. die Reichmannsche Krankheit, charakterisiert durch langsamen Schmerz bei Krisen 2—3 Stunden nach dem Essen. Bisweilen auch Stase der Speisen. Nüchtern ausgehebert findet man im Magen keine Speisereste, aber 100—150 g deutlich hyperaciden Magensaftes. Man hält jetzt die Reichmannsche Krankheit für eine juxtapylorische Stenose im Beginn. 2. Die einfache Dilatation des Magens durch muskuläre Atonie. Weder besondere Schmerzen, noch so charakteristisches Erbrechen, wie bei Stenose. Keine Veränderung des Magensaftes. Zu entscheiden, ob benigne oder maligne Stenose. Neben den allgemein bekannten Zeichen wird betont, daß beim Krebs Verminderung der roten Blutkörperchen, des Hämoglobins, besonders Anwesenheit von deformierten roten Blutkörperchen zu finden ist. Prognose und Behandlung: Frühzeitige Operation. Wenn möglich, Ursache der Stenose entfernen, sonst Gastroenterostomie. *Hoffmann* (Greifswald).

Sherren, James: Remarks on the surgical treatment of digestive disorders. (Bemerkungen zur chirurgischen Behandlung von Verdauungsstörungen.) Clin. journ. Bd. **43**, Nr. 22, S. 337—344. 1914.

Nach allgemeinen diagnostischen Hinweisen, die sich vorzugsweise auf Magen- und Duodenalgeschwür, Cholelithiasis und Appendicitis beziehen, stellt Sherren die Forderung, mit Ausnahme naturgemäß von Perforation oder Hämatemesis, erst operativ an solche Fälle zu gehen, wenn alle septischen Herde im Munde oder sonstwo entfernt und Patient erfolglos intern behandelt worden ist. Im Anschluß daran bespricht Verf. kurz die für die wichtigsten Fälle notwendigen Operationsverfahren. *Draudt* (Darmstadt).

Loeper, Maurice: Le passé intestinal des ulcéreux du duodénum. (Die intestinale Vergangenheit der Duodenalgeschwüre.) Progr. méd. Jg. 42, Nr. 23, S. 265 bis 267. 1914.

Für die Genese der Duodenalgeschwüre kommen in Betracht Colitiden akuter und chronischer Art, auch Appendicitis. Manches Ulcus duoden. ist begleitet von Diarrhöe oder Mucorrhöe. Beobachtungen über den Zusammenhang von Enteritis mit Ulcus duoden. sind selten. Entweder laufen Duodenal- und Kolonerkrankungen einander parallel, oder die Duodenalerkrankung tritt sekundär nach intestinaler Infektion auf. Beziehung von Duodenitis und Ulcus mit Kolitis schon bei Pneumonie, einer Reihe verschiedener Infektionen, bei Typhus, Melaena der Neugeborenen, Verbrennungen, Arsen-Quecksilbervergiftung usw. bekannt. In fast allen diesen Fällen benutzten Gift oder Mikroben den Blutweg. Das reizende Agens bevorzugt Ileum, Coecum, Duodenum. Verf. hat diese Tatsachen in Experimenten mit Oxalaten und Oxalsäure nachgewiesen. Man kann annehmen, daß bestimmte Mikroben und toxische Produkte mehr durch den Darm und bestimmte Abschnitte dieses ausgeschieden werden als andere. Auch entzündliche Prozesse, die zum Duodenum fortgeleitet werden, Thrombosen von Netzvenen, in deren Gefolge duodenale Embolien, kommen in Frage, aber selten. Verf. erzeugte beim Kaninchen eine Darmeinklemmung. Am 4. Tag eine sehr charakteristische Duodenitis. Die Infektion kann auch die Folge der Einwirkung septischer Galle auf die Darmschleimhaut sein. Es gibt eine Cholecystitis typhosa, appendicularis, intestinalis. Die Mikroben wandern zur Gallenblase durch die Vene portae und werden durch die Galle beständig in das Duodenum geschwemmt. Verf. hat eine Kultur sehr septischen enteritischen Stuhls in ein abgebundenes Darmstück eines Hundes injiciert. 2 Tage später fand man in der Galle bakteriologisch die Bakterien reichlich, am Duodenum an 3 Stellen Kongestion, an einer von ihnen sogar Übergang zur Ulceration. Venöse Thrombose, paraduodenale Adhäsionen, mikrobische Embolien oder Ausscheidung von Toxinen und Mikroben durch die Schleimhaut, direkte Verunreinigung des Duodenum durch septische Galle spielen für die Genese des Ulcus duodeni also eine Rolle. *Hoffmann* (Greifswald).

Schlesinger, Emmo: Das röntgenologisch Erkennbare beim Ulcus duodeni. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 23, S. 1155—1161. 1914.

Die unmittelbare röntgenologische Darstellung des Ulcus duodeni ist viel seltener möglich als die des Ulcus ventriculi, da es in der Regel flacher ist und auch die sonstigen mechanischen Vorbedingungen für das Haftenbleiben einer ausreichenden Menge Kontrastbreis im Duodenum sehr ungünstig sind. Ähnliches gilt auch für das penetrierende Duodenalgeschwür. Eine sekundäre Veränderung ist der konstante Bulbusschatten (Dauerbulbus), hervorgerufen entweder durch eine Fixierung oder Infiltration des Duodenums, die die Weiterbeförderung des Breis verhindert, oder durch eine Dilatation, deren Entstehung auf eine erhöhte Tätigkeit der Magenmuskulatur zurückzuführen ist. Wichtiger als diese verhältnismäßig selten erkennbaren Veränderungen am Duodenum selbst sind die röntgenologisch feststellbaren Rückwirkungen auf die Magenfunktionen. Diese Reflexwirkung ist durchaus einheitlich, stets im Sinne einer Funktionssteigerung. Gegenteilige Beobachtungen erklären sich dadurch, daß außerhalb des unmittelbaren Wirkungsbereiches des Ulcus duodeni befindliche Ursachen, z. B. Ermüdungszustände des Magenmuskulatur bei Gastroptose und Dilatation, nicht als solche erkannt und berücksichtigt wurden. Äußerungen der Funktionssteigerung sind die Hyperperistaltik, ferner die Hypertonie, die sich in verstärkter Peristole und bestimmten Formveränderungen kundgibt. Pylorusinsuffizienz sowohl als Pylorospasmus kommen vor und sind Zeichen einer Hyperperistaltik, bzw. einer Hypertonie des Pylorus zu deuten. Von diesen primär funktionellen Veränderungen sind die sekundär anatomischen zu trennen, die für die Ulcusdiagnose von größerer Bedeutung sind als jene. Derartige Veränderungen sind die isolierte Dilatation des Pars pylorica, ferner eine allgemeine Verbreiterung und Verlängerung des Magens,

endlich die hohe Rechtslage des Pylorus, die, nach gewöhnlicher Annahme durch Traktion infolge periduodenitischer Narbenschrumpfung entstehend, nach Verf. Ansicht aber ebensowohl durch Propulsion des Pylorus infolge der Hyperperistaltik und Hypertonie des Magens zustande kommen kann. Diese anatomischen Veränderungen geben erst der Magenneurose bei Ulcus duodeni ihr besonderes Gepräge und lassen sie von den meisten anderen Neurosen, besonders denen bei Neurasthenie, Cholelithiasis, Appendicitis usw. bei denen Sekundärerscheinungen in der Regel fehlen, unterscheiden. *Wehl* (Celle).

Röpke: Über Pylorusausschaltung mittels Fascienstreifen bei Ulcus duodeni et pylori. Verhandl. d. Ges. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, 85. Vers., Wien, Sept. 1913. Tl. 2, H. 2, S. 392—394. 1914.

Die sicherste Methode für die Pylorusausschaltung ist zweifellos die von Eiselsbergsche. Jedoch ist für Fälle, für welche diese als zu schwerer Eingriff erscheint, von den zahlreichen anderen angegebenen Methoden die Wilmssche der beste Ersatz. Röpke hat die Technik noch etwas vereinfacht, indem er bei 15 Fällen den Fascienstreifen nicht um den Pylorus, sondern proximal von ihm unter den Gefäßen und Nerven hindurch um den mobilen und gesunden Magenteil herumlegte. In den 8 Monate zurückliegenden Fällen war der Pylorus für Wismutbrei nicht durchgängig, wie die Durchleuchtung ergab. Falls mit der Methode ein dauernder Verschluß des Pylorus erzielt werden kann, könnte durch sie die von Eiselsbergsche Operation verdrängt werden, da die Wilmssche ein wesentlich einfacherer Eingriff ist. *Bode.*

Smyth, John: Vicious circle following short no-loop operation relieved by secondary jejuno-jejunostomy with murphy button. (Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie mit kürzester Schlinge, beseitigt durch folgende Jejuno-Jejunostomie mittels Murphyknopf.) New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **66**, Nr. 7, S. 522 bis 526. 1914.

Im Anschluß eines durch die Überschrift gekennzeichneten Falles geht Verf. auf die Ursachen des Circulus vitiosus besonders bei Dilatation und Ptose des Magens ein und kommt zu einer Reihe von Schlüssen, die abgekürzt mitgeteilt sein mögen. 1. Die zweifache, manchmal dreifache Nahtreihe, die zur Sicherung der Anastomose notwendig ist, flacht den Darm an dieser Stelle ab und bewirkt eine gewisse Verengerung mit folgender Erweiterung der proximalen Schlinge. 2. Diese Erweiterung kann eine Abknickung der distalen Schlinge an der Einmündungsstelle in den Magen bedingen, die die Verengerung verstärkt und den Galleneinfluß in den Magen erleichtert, der schon durch die Dilatation der proximalen Schlinge begünstigt wird. 3. Die Änderung der Öffnung aus der Linienform in die elliptische, die alsbald nach der Operation stattfindet, wirkt ebenfalls abflachend und verengernd auf den Darm. 4. Die Verwendung der kürzesten Schlinge kann wenigstens in einer kleinen Zahl von Fällen mehr Schaden als Nutzen stiften, und zwar in den Fällen mit einigermaßen ausgesprochener Dilatation und Beweglichkeit des Magens. In der Rückenlage wird das Resultat ein gutes sein, sobald aber der Patient sich aufrichtet, wird durch die Senkung und Vorwärtsdrehung des Magens einerseits, die Fixation der Anastomosenstelle durch die kürzeste Schlinge andererseits die Öffnung nicht mehr am tiefsten Punkt des Magens liegen, sondern höher hinauf an die Rückwand des Magens zu liegen kommen. Das Resultat muß sein, daß die Galle leichter in den Magen gelangt, aber aus ihm nur durch Erbrechen wieder herausbefördert werden kann. Darum sollte man bei dilatiertem und beweglichem Magen von einer den Magen an der Stelle der Anastomose fixierenden kürzesten Schlinge absehen und eine längere wählen. 5. Da bei anhaltendem Erbrechen Galle auch in den normalen Magen gelangen kann, so kann ein solcher Vorgang sich natürlich auch nach einer Gastrojejunostomie abspielen, hat also dann nichts mit der Operation als solche zu tun. Durch die Rückstauung der Galle kann sich aber in derartigen Fällen ein Circulus vitiosus ausbilden. Verf. glaubt, daß die Fälle, in denen fortgesetzte Magenspülungen Erfolg haben, hierhergehören. 6. Rückläufige Peristaltik, häufig vermehrt durch die Murphytropfen, kann zur Regurgitation von Darminhalt aus der distalen Schlinge führen. 7. Die Jejuno-jejunostomie ist wenigstens in den Fällen von ausgesprochener Dilatation und großer Beweglichkeit des Magens der Gastrojejunostomie hinzuzufügen. Sie wird zweckmäßig mittels des Murphyknopfes ausgeführt, dessen Hälften am besten durch die Anastomosenöffnung (Matas) in die distale bzw. proximale Schlinge eingeführt und durch kleine Einschnitte an den betreffenden Stellen miteinander vereinigt werden. Diese Methode beansprucht nur wenig Zeit und vergrößert das Risiko der Operation kaum. *Wiemann* (Kiel).

Radulesco, A. D.: Gastroentérostomie et entéro-anastomose sans ouverture préalable de la muqueuse des organes respectifs. (Résultats opératoires et expérimentaux.) (Gastroenterostomie und Enteroanastomose ohne vorausgehende Eröffnung der Schleimhaut der betreffenden Organe. Operative und experimentelle Resultate.) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. **1**, Nr. 4/6, S. 265—277. 1914.

Mitteilung von Operationsresultaten die durch die Methode Radulescos (vgl. Ref. Bd. **5**, S. 32) erhalten wurden und durch das Röntgenbild oder Autopsie kontrolliert wurden. Statt des Thermokauter wurde in einigen Fällen zur Durchtrennung der Serosa und Muscularis mit Vorteil das Messer benutzt. *Bernard* (Halle a. S.).

Nemenoff. M. I.: Die Röntgendiagnostik des Magencarcinoms. (*Städt. Peter-Paul-Krankenh., St. Petersburg.*) Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Ein 6-Stunden-Rest ist beweisend für eine Störung der Magenmotilität. Gegenläufige Peristaltik kommt nur bei organischen Veränderungen der Magenwand vor. Die Röntgenuntersuchung ist oft in der Lage, in solchen Fällen wesentliche Dienste zu leisten, wo die übrigen diagnostischen Methoden versagen. *v. Holst* (Moskau).

Thiriar, Lucien: Rupture traumatisme de l'intestin grêle. (Traumatische Ruptur des Dünndarms.) Clinique (Bruxelles) Jg. **28**, Nr. 21, S. 321—322. 1914.

Anknüpfend allgemein bekannte Erörterungen. *Grune* (Pillau.

Dawydoff, G.: Zur Frage der Deckung von Darmverletzungen durch Netzplastik. Wratschebnaja Gazeta Jg. **21**, Nr. 19, S. 770—773. 1914. (Russisch.)

Bericht über 2 Fälle, bei denen während der Ausräumung des kleinen Beckens in einem Falle die erkrankte Tube, im anderen der Uterus so fest mit dem Dickdarm verwachsen waren, daß eine Auslösung derselben ohne Verletzung des Darmes unmöglich war. Nachträgliches Vernähen der Darmwunden und Überdecken des Defekts mit Netz. Glatte Heilung. Rektoskopische Untersuchung ergab normale Schleimhaut ohne narbige Einziehung. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Christidès: D.: La tuberculose macroscopique et ulcéreuse hématogène de l'intestin. (Die hämatogene makroskopische und ulceröse Tuberkulose des Darmes.) (*Inst. pathol., univ., Genève.*) Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol. Festschr. f. P. v. Baumgarten-Tübingen Bd. **9**, H. 1, S. 242—248. 1914.

Bei der großen Häufigkeit der Intestinaltuberkulose sind die Fälle sicher hämatogener Infektion selten. Der Autor beschreibt ausführlich eine eigene Beobachtung bei einer 20jährigen Frau, bei der die mikroskopische Untersuchung der Arterien bewies, daß von ihnen aus die Darminfektion erfolgte. Die Eigentümlichkeit, daß der Verlauf ein nicht ganz akuter war, läßt obendrein die verschiedenen Folgezustände einer arteriellen Tuberkulose deutlich erkennen. *Schlippe* (Darmstadt).[M]

Griffith, J. P. Crozer: Diseases connected with Meckel's diverticulum; with especial reference to diverticulitis. (Krankheiten in Beziehung zum Meckelschen Divertikel.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 21, S. 1624—1628. 1914.

Beschreibung eines Falles: 1½jähriger Knabe hatte Blutstühle und Koliken und starb an Erschöpfung. Autopsie ergab lokale Peritonitis, ausgehend von einem perforierten Ulcus eines Meckelschen Divertikels. *Gelinsky* (Berlin-Halensee).

Wurmfortsatz:

Widerøe, Sofus: Beitrag zur Pathologie der Appendicitis. Norsk Mag. f. Laegevidenskaben Jg. **75**, Nr. 4, S. 387—445. 1914. (Norwegisch.)

Verf. hat durch Blutuntersuchungen zu entscheiden versucht, ob bei den verschiedenen Formen von Appendicitis ein charakteristisches Verhältnis zwischen den pathologisch-anatomischen Veränderungen und dem Blutbild besteht. Die Untersuchungen umfassen 59 Fälle, von denen 7 nicht operiert worden sind. Er hat das Verhältnis zwischen den neutrophilen polynukleären Leukocyten und der gesamten Leukocytenmenge festgestellt. In den operierten Fällen ist Blutuntersuchung unmittelbar vor und nach der Operation vorgenommen worden, in mehreren Fällen täglich oder jeden zweiten Tag. In den Fällen, wo Komplikationen hinzugetreten sind, sind die Untersuchungen fortgesetzt, bis die Leukocytenzahl normal wurde. Er kommt zu folgendem Ergebnis: Die Leukocytose bei der akuten Appendicitis ist von bestimmten Verhält-

nissen, von der Dauer der Krankheit und von dem Alter des Patienten abhängig; sie ist am größten in jüngeren Jahren. Die Leukocytose folgt im allgemeinen der Temperatur, jedoch nicht immer. Die gangränösen Formen haben die stärkste Leukocytose. Eine sehr hohe Leukocytose beweist jedoch nicht, daß Gangrän bereits vorhanden ist. Vor der Perforation sinkt die Zahl etwas; präagonal kommt die Leukocytose oft wieder. Die Leukocytose äußert sowohl in prognostischer Hinsicht als über peritoneale Infektion nichts Bestimmtes, auch nichts über das Vorhandensein von Eiter. Jedoch meint der Verf., daß systematische Blutuntersuchungen zu der zeitigen Diagnose von intraabdominalen Abscessen in der Rekonvaleszenz beitragen können. In der Rekonvaleszenz kommt regelmäßig eine postinfektiöse Lymphocytose. Die Schwankungen in der Anzahl der neutrophilen Leukocyten folgen ungefähr den Schwankungen von sämtlichen weißen Blutkörperchen. Die Anzahl der neutrophilen Leukocyten ist im ersten Stadium in der gangränösen Appendicitis am größten. Wo sich die Frage um Operation oder keine Operation dreht, kann die Blutuntersuchung von einer gewissen Bedeutung für die Entscheidung sein, aber das Hauptgewicht muß doch auf das klinische Bild gelegt werden. *Nilssen* (Kristiania).

Dickdarm und Mastdarm:

Eberle, A.: Zur Frage der chemischen Bestandteile der Enterolithen. (*Chirurg. Fak.-Klin., Univ. Tomsk, Prof. Mysch.*) Ssibirski Wratsch Jg. **1914**, Nr. 16, S. 291 bis 293. 1914. (Russisch.)

Es handelt sich um die chemische Analyse von 4 Enterolithen, die sich im Wurmfortsatz befanden, sie wurden bei den betreffenden Appendektomien gewonnen. Man unterscheidet wahre und falsche Enterolithen, zu den letzteren gehören die viel häufigeren weichen Kotsteine. Durch seine Untersuchungen wollte der Verf. zwischen den falschen und den wahren Enterolithen eine schärfere Grenze ziehen. Die harten sind die wahren. Der Härtegrad des Enterolithen wird durch das Verhältnis der organischen Stoffe zu den anorganischen bestimmt. Dieses Verhältnis ergab bei Nr. 1 — 0,18, Nr. 2 — 1,17, Nr. 3 — 0,78, Nr. 4 — 0,55. Verf. kommt zum Schluß, daß die Verhältniszahl 1,20 als Grenze aufzufassen ist: Verhältnisse über 1,20 sind weiche Enterolithen, also einfache Kotsteine, unter 1,20, also alle 4 Fälle des Verf. sind harte echte Enterolithen. *Schaack* (St. Petersburg).

Porritt, Norman: Pituitrin in post-operative intestinal stasis. (Pituitrin bei postoperativer Darmstase.) Brit. med. journ. Nr. **2786**, S. 1118. 1914.

Mitteilung zweier Fälle von Appendicitis, die von Darmparese gefolgt waren. Injektion von ½ ccm Pituitrin brachte die bedrohlichen Symptome — Auftreibung und Gallenerbrechen — zum Schwinden. *Krüger* (Weimar).

Ruge, Ernst: Operative Behandlung verzweifelter Obstipationsfälle, nebst Mitteilung einer neuen einfachen Methode. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. O.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 775—799. **1914.**

Verf. macht eine Ileosigmoideostomie Seit zu Seit nach Durchtrennung des Ileums und näht oberhalb der Anastomose einen Fascienstreifen, der der vorderen Rectusscheide entnommen ist, fest um das Colon sigmoideum herum, so daß dessen Schleimhaut dicht aneinander liegt. 2 Fälle (der älteste 14 Monate) mit Erfolg operiert. *Burckhardt* (Berlin).

Marchetti, Giovanni: Contributo alla conoscenza del meccanismo della morte nell'occlusione intestinale. (Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus des Todes bei der Darmokklusion.) (*Osp. civ., Modena.*) Clin. chirurg. Jg. **22**, Nr. 4, S. 596—612. **1914.**

Nach einer kritischen Durchsicht der bekannten Theorien der Darmokklusion studiert Verf. besonders diejenige der Intoxikation. Royer und Garnier und viele Autoren nehmen an, daß der Ileustod auf die Bildung von Toxinen durch die Schleimhaut zurückzuführen sei. Um die Rolle der Schleimhaut besser studieren zu können, stellte Verf. folgende Tierversuche bei Hunden an. Resektion eines 15 cm langen Stückes des Jejunum, Anastomose der Darmlumina ober- und unterhalb der resezierten

Schlinge. — Entfernung der Mucosa der isolierten Schlinge und Verschluß beider Enden. Tod nach 2 Tagen. Bei der Sektion fand man die isolierte Schlinge voll übelriechender Flüssigkeit. Sonst keine Veränderungen am Darme. — Bei 11 Tieren wurde das gleiche Resultat erzielt, der Tod trat später ein bei Ausschaltung einer tiefen Ileumschlinge. Die tiefe Okklusion ist also viel weniger gefährlich als die obere. Bei den Tieren, wo die Schleimhaut entfernt worden war, trat der Tod rascher ein als dort, wo sie unberührt gewesen war. Es ist also kaum anzunehmen, daß die Mucosa einen aktiven Anteil an der Bildung toxischer Substanzen habe, im Gegenteil, sie scheint mehr als Schutzvorrichtung gegen die Gifte, die sich im Darm ansammeln, zu wirken. *Monnier* (Zürich).

Doberauer, G.: Darmverschluß durch Spulwürmer. (*Bezirkskrankenh., Komotau.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 17, S. 197—198. 1914.

Parasiten gewinnen chirurgisches Interesse nur dann, wenn — abgesehen von entzündlichen Affektionen, die durch sie hervorgerufen werden — ihre Anwesenheit mechanische Störungen im Infektionstractus bedingt. Letztere äußern sich letzten Endes im Darmverschluß entweder durch spastische Kontraktion des Darms oder durch Invagination oder Obturation. Im ganzen waren bisher 23 Fälle dieser Art bekannt. Einen weiteren hat Verf. beobachtet, der durch Operation geheilt wurde: an der Übergangsstelle vom Ileum ins Coecum konnten 21 lebende Spulwürmer entfernt werden; 3 weitere gingen später noch auf Santonin ab. Am häufigsten scheint das Ileum der Sitz für derartige Ansammlungen von Würmern zu sein; allerdings auch das Kolon war nicht stets frei. Bei Verdacht auf Parasiten ist stets zunächst ein Versuch mit entsprechenden Wurmmitteln zu machen; gelingt dadurch eine Hebung des Darmverschlusses nicht, muß laparatomiert werden. Zur Beseitigung des Hindernisses empfiehlt sich die Enterotomie; Verabreichung von Wurmmitteln hat in jedem Falle der Operation nachzufolgen. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Reizenstein, A.: Über innere Prolapszustände der Schleimhaut der Flexura sigmoidea und des Rectums. (*Klin. f. Magen- u. Darmkr. v. San.-Rat Dr. A. Reizenstein, Nürnberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 22, S. 1230—1231. 1914.

Reizenstein hat in 4 Fällen, die unter dem klinischen Bilde der Obstipation bereits längere Zeit behandelt wurden, eigenartige rectoskopische Befunde aufgenommen. In allen handelte es sich um Vorstülpung lediglich der Schleimhaut im Sinne eines Prolapses (im Gegensatz zur Invagination ohne Mitbeteiligung der anderen Darmschichten), die erst beim Herausziehen des Rectoskopes in Erscheinung trat. Beim Füllen des Dickdarms vom Anus aus lief die Flüssigkeit jedesmal glatt ein, während der Rückfluß mehr oder minder behindert war. Verf. glaubt, daß solche prolapsartigen Zustände auch in höheren Darmteilen die Ursache der Obstipation sein könnten und erwartet in dieser Beziehung weitere Aufschlüsse von der Röntgenologie. Therapeutisch sind die Fälle schwer zu beeinflussen; am meisten verspricht sich R. noch von Diät, milden Laxantien, Öl- oder Tanninklysmen, Sitzbädern und Massage. Reizende Klysmen und drastische Abführmittel, sowie langes Sitzen und Nachpressen nach erfolgter Defäkation sind zu vermeiden. *Bode* (Kassel).

Goebel, Carl: Über Tumor villosus recti. (*Augusta-Hosp., Breslau.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 598—616. 1914.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 4, S. 740.

H. beschreibt zwei Fälle von Tumor villosus recti, welche, anscheinend gutartig, sich erst bei genauer mikroskopischer Untersuchung als maligne Geschwülste erwiesen. Bei dem ersten Fall lag ein papilläres Adenom vor, bei dem die Alveolen an einer Stelle bis in die Darmmuskulatur hineingewachsen waren. Der Tumor ist also als ein malignes Adenom zu bezeichnen. Der zweite Tumor war ebenfalls eine papilläre Geschwulst mit maligner Degeneration der Geschwulstbasis, also ein villoser Krebs, ein Carcinoma papillomatosum. Auf Grund der in der Literatur bisher beschriebenen 57 Fälle kommt H. zu dem Schluß, daß klinisch jeder villöser Tumor als Carcinom anzusehen ist. Den villösen Tumoren ist jedoch insofern eine Sonderstellung zuzusprechen, als sie einen Übergang vom Papillom und Schleimhautpolyp zu Carcinom darstellen. *Heller* (Leipzig).

Leber und Gallengänge:

Keynes, G. L.: A case of icterus gravis from the surgical wards. (Ein Fall von „Icterus gravis" vom chirurgischen Standpunkt.) St. Bartholomew's hosp. journ. Bd. **21**, Nr. 9, S. 147. 1914.

24jährige Frau erkrankte kurz nach einem Wochenbett mit Erbrechen, Appetitlosigkeit und Gelbsucht. In monatlichen Zwischenräumen trat anfallsweise Verschlimmerungein, verbunden mit leichten Schmerzen in der Lebergegend. Deshalb wegen Verdacht auf Gallensteine Operation, die aber keine Veränderung an der Gallenblase zeigte, abgesehen davon, daß sie Blut enthielt. Nach der Operation Blutbrechen und Blut im Stuhl. Exitus an Anämie neun Monate nach Beginn. Die Sektion zeigte das typische Bild der Lebernekrose bei Icterus gravis.
Brüning (Gießen).

Eliot, jlr., Ellsworth: A consideration of certain coexisting lesions of the gallbdder and kidney. (Eine Betrachtung über gewisse gleichzeitig bestehende Schädigungen der Gallenblase und der Niere.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 5, S. 679—689. 1914.

Im Anschluß an einen Fall von Schußverletzung, wobei Gallenblase und rechte Niere gleichzeitig verletzt waren, weist Verf. auf die Seltenheit dieses Vorkommnisses hin und betont die Notwendigkeit, bei jedem Verdacht einer Verletzung der Niere operativ vorzugehen. Zwei weitere Fälle (nicht Schußverletzungen) ohne besondere Bedeutung. *Jurasz* (Leipzig).

Mann, Arthur T.: A rubber tube in the reconstruction of an obliterated bileduct; an hepaticoduodenostomy. (Ein Gummirohr für die Wiederherstellung eines obliterierten Gallenganges: Eine Hepatico-Duodenostomie.) Journ.-lancet Bd. **34**, Nr. 9, S. 241—244. 1914.

Bei einer 28jährigen Patientin im Anschluß an eine Cholecystektomie tiefer Ikterus. Dieser Zustand dauerte 2 Jahre. Die sodann vorgenommene Operation ergab eine vollständige Obliteration des Ductus choledochus. Es wurde deshalb ein $1^3/_4$ Zoll langes Gummirohr von dem Ductus hepaticus in das Duodenum geleitet und im Duodenum durch 3fache Tabaksbeutelnaht befestigt. Die Operation war insofern erfolgreich, als nach mehreren Komplikationen die Bronzefarbe immer mehr abnahm und das Hautjucken vollständig verschwand. *Jurasz* (Leipzig).

Danis, Robert: La greffe de segments veineux sur les voies biliaires. (Pfropfung von Venenstücken auf die Gallenwege.) (*Inst. de physiol., univ., Bruxelles.*) Belgique méd. Jg. **21**, Nr. 23, S. 267—271. 1914.

Verf. hat bei einer Serie von Hunden ein Stück der Gallenblase durch ein Venenstück ersetzt und konnte feststellen, daß dasselbe in der Mehrzahl der Fälle glatt einheilt und sich später von der normalen Gallenblasenwand kaum mehr unterscheiden läßt. In einer zweiten Serie verband er den untersten Teil des durchschnittenen Choledochus mit der Gallenblase, indem er ein Stück der Vena jugularis dazwischen schaltete. Auch bei diesen Versuchen konnte er in einem Falle glatte Heilung erzielen. Die Operationstechnik wird genau beschrieben. *v. Winiwarter* (Oberhollabrunn).

Enderlen, Hotz und Magnus-Alsleben: Die Pathologie und Therapie des Pfortaderverschlusses. Experimentelle Untersuchungen über die Ecksche Fistel. (*Chirurg. u. med. Univ.-Klin., Würzburg.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **3**, H. 4/5, S. 223 bis 308. 1914.

Bevor die Autoren in die Abhandlung ihres engeren Themas eintreten, geben sie eine erschöpfende Darstellung der anatomischen Verhältnisse des Pfortadersystems, insbesondere seines Wurzelgebietes und seiner Anastomosen. Sodann werden an der Hand der Kasuistik die Ursachen der Pfortaderthrombose beim Menschen niedergelegt, wobei den spärlichen Beobachtungen über traumatischen Verschluß der Pfortader die eigenen Fälle der Verff. angereiht werden. — Im Gegensatz zum plötzlichen Pfortaderverschluß ist der allmähliche oft auf Jahre hinaus mit dem Leben verträglich, da mannigfache Kollateralen zur Entwicklung kommen. Auch im Tierexperiment geht jedes Individuum nach plötzlicher, längerer und vollständiger Verlegung der Pfortader zugrunde. Veränderungen der Leber beim allmählichen Pfortaderverschluß sind durchaus nicht notwendig, nur unter besonderen Verhältnissen kommt es zu Infarkten und Nekrosen, die allmählicher Resorption und Vernarbung anheimfallen. — Was die Behand-

lung des Ascites beim Menschen anlangt, so kommt neben der Punktion die Talmasche Operation in Frage; sie ist sofort indiziert bei Kombination von Lebercirrhose mit Pfortaderthrombose oder beim Auftreten von Blutungen (selbst bei fehlendem Ascites). Bei den einzelnen Methoden der direkten Ableitung des Ascites in den venösen Kreislauf (Ruotte) und unter die Haut (Evler, Handley, Lambotte u. a.) verfügen die Verff. über eigene Erfahrungen, die kein befriedigendes Resultat geben (2 Fälle von Implantation der Saphena in den Bauchraum nach Ruotte, ein Fall von subcutaner Netzdrainage). Unter den Verfahren der indirekten Ableitung des Ascites steht immer noch an erster Stelle die Talma-Drummondsche Operation und ihre Modifikationen. Sie führt in 30—50% der Fälle zur Besserung oder Heilung. (Hotz operierte 2 Fälle mit Laennecscher Cirrhose, ohne Ascites, mit (fälschlich auf Ulcus bezogenen) Blutungen aus Varicen und erzielte gute Erfolge.) Nach Kretz ist ein Effekt durch die Talmasche Operation nur zu erwarten bei noch halbwegs gut erhaltener Funktion der cirrhotischen Leber; bei der Regenerationsfähigkeit der Leber bietet der Eingriff dann große Chancen für eine funktionelle Dauerheilung. — Ein weiterer Weg der indirekten Ableitung ist die Anlegung von Gefäßanastomosen, insbesondere zwischen Pfortader und Cava, die Ecksche Fistel. Bei schweren Veränderungen des Peritoneums ist sie nicht ausführbar, bei sehr heruntergekommenen Kranken soll man sie nicht mehr versuchen. Kommt es an der Anastomose zur Thrombose, dann ist der Fall verloren. Die Technik der Fistelbildung wird in ihrer Entwicklung von den Versuchen Ecks und Pawlows beginnend bis in die neueste Zeit in ihren Details besprochen und zum Teil aus der reichen gefäßtechnischen Erfahrung der Verff. mit kritischen Bemerkungen versehen. — Bei Hunden hatten frühere Beobachter nach der Ausführung der Eckschen Fistel Erregungszustände, Krämpfe, Depressionen u. a. Störungen gesehen, die oft zum Tode führten, und die sich besonders im Zusammenhang mit Fleischnahrung entwickelt haben sollen. Bei den Vergiftungszuständen der Fisteltiere spiele die Carbaminsäure eine wichtige Rolle. — Schwierigkeiten und üble Zufälle während und nach der Anlegung der Fistel können sich aus ungünstigen anatomischen Verhältnissen ergeben und auf mannigfachen technischen Fehlern beruhen, die in ihren Einzelheiten gewürdigt werden. Enderlen und Hotz wählten an der Cava den Abschnitt oberhalb des Eintrittes der Nierenvenen und zur Anastomose die V. mesenterica superior; die V. portae wurde am Schluß der Operation durchtrennt. Die Anastomosierung selbst ist der leichtere Teil der Operation, viel schwieriger ist vorher die Präparation der großen Venen.

Von 34 Hunden starben 15 innerhalb der ersten 24 Stunden, die meisten an Schock, drei an Nachblutung, drei an Spätkomplikationen. Weitere vier Tiere erlagen sekundären Eingriffen. Zwei Tieren wurden die Leber exstirpiert. Sie gingen rasch zugrunde. Trotzdem glauben die Verff., daß auf dem Umwege der Fistelbildung das Problem der Leberexstirpation gelöst werden kann. 16 Protokolle geben die klinischen Daten, die weiteren Versuchsergebnisse der verwertbaren Hunde und die Sektionsresultate wieder.

In einem besonderen Abschnitt beschäftigt sich Magnus-Alsleben eingehend mit den Vergiftungserscheinungen und Stoffwechselproblemen der Eckschen Fisteltiere und hebt hervor, daß relativ viele Tiere trotz Fleischkost gesund bleiben. Die Alkalosis des Harns wird als ziemlich häufiges normales Vorkommnis bezeichnet und sei kein Beweis für eine funktionelle Leberausschaltung bei Fistelhunden; sie tritt auch keineswegs immer (selbst bei Fleischkost) auf. Bei den Vergiftungserscheinungen handle es sich daher nicht um eine Alkaliüberschwemmung des Organismus (Fischler), sondern wahrscheinlich um Resorption spezifisch toxischer, basischer Stoffe.

Von 12 operierten Hunden blieben fünf bei Fleischfütterung dauernd gesund, die übrigen sieben erkrankten, darunter vier an schweren Intoxikationen mit zwei Todesfällen.

Nach Eckscher Fistel tritt zweifellos eine verminderte Resistenzfähigkeit des Individuums ein, die aber einer besonderen Komponente

bedarf, um manifest zu werden. Zu berücksichtigen ist vor allem, daß die A. hepatica nicht nur nutritive, sondern auch funktionelle Qualitäten für die Leber hat; die Arterie übernimmt nach der Pfortaderausschaltung den Transport der „Schlacken" in „kleinen Schüben" und ermöglicht der Leber alle ihre wesentlichen Funktionen. In diesem Sinne sprechen auch die histologischen Organbefunde. Bevor die Abbauprodukte des ausgeschalteten Pfortadergebietes durch die Arteria hepatica in die Leber gelangen, müssen sie aber den Körperkreislauf passieren, und hierin liegt die besondere schädigende Komponente, da dann und wann giftige Abbaustufen unvermittelt im allgemeinen Kreislauf zirkulieren, die unter normalen Verhältnissen in der Leber abgefangen werden. Die Leberumschaltung, nicht die -ausschaltung bedingt die Krankheitsbereitschaft. Was die anfallsweisen Erkrankungen selbst anlangt, so spricht besonders das rasche Verschwinden der Intoxikationserscheinungen für anaphylaktische Zustände. Die bei Eckschen Tieren in den Kreislauf geführten Stoffe können zur Sensibilisierung und im Wiederholungsfall zur Anaphylaxie oder wenigstens verwandten Symptomen führen. Dafür sprach auch (in einigen Fällen) der Nachweis von proteolytischen Fermenten nach Abderhalden. *Kreuter* (Erlangen).

Pankreas:

Bylina, A. Z.: Funktionelle Diagnostik der Pankreaserkrankungen. Sowremennaja Klinika i Terapia Bd. **13**, Nr. 4, S. 145—175. 1914. (Russisch.)

Zunächst wird die Physiologie der Pankreas gestreift, hauptsächlich nach den grundlegenden Untersuchungen Pawlows. Man hat den „nervösen" Mechanismus der Prankreassekretion und den chemischen, zu unterscheiden. Die sekretorischen Nervenfasern verlaufen im Nervus vagus. Weiterhin werden die Fragen der Verdauung von Fett, Eiweiß und Kohlenhydraten auf Grund klinischer und experimenteller Untersuchungen besprochen. Es erweist sich, daß die abnorme Ausscheidung von nichtverdautem Fett wohl auf eine gestörte Pankreassekretion hinweist, doch muß erstens stets berücksichtigt werden, daß das Ausbleiben von Fettverdauung auch andere Ursachen haben kann, zweitens kann die Fettverdauung normal sein, obwohl die Pankreas befallen ist. Noch vorsichtiger ist die Störung der Eiweißverdauung zu beurteilen. Die Verdauung von Kohlenhydraten wird von dem Pankreas gar nicht beeinflußt. Was die Methoden zur Prüfung der Pankreasfunktion anbetrifft, so werden folgende besprochen. Das „Fettfrühstück" nach Boldyreff, der Patient nimmt nüchtern 100—150 ccm Provenceröl zu sich; nach einer Stunde wird der Magen ausgehebert, der Inhalt muß eine Beimengung von Pankreassaft enthalten, welche bestimmt wird. Im Jahre 1909 schlug Einhorn die sogenannte Duodenalpumpe vor. Auf anderem Prinzip beruht die Methode von Sahli: Patient erhält in einer festverschlossenen Glutoidinkapsel 0,15 Jodoform innerlich. Bei richtiger Funktion des Pankreas läßt sich das Jod nach 4—6 Stunden im Speichel und Urin nachweisen. Doch nach Untersuchungen anderer Autoren gibt diese Methode keine genauen Resultate. Auch andere Proben von Schmidt, Winternitz u. a. geben nicht immer sichere Anhaltspunkte. Weiter kommen die Methoden in Betracht, welche das Trypsin in den Faeces bestimmen, hier wird das Verfahren von Müller und Schlecht besprochen. Nach der jetzt verbreiteten Methode von Grosz wird die Trypsinbestimmung mit Anwendung von Casein vorgenommen. Zu erwähnen ist noch die Methode von Wohlgemuth, bei welcher die Faeces auf das pankreatische Ferment, die Diastase, untersucht werden. Zum Schluß wird noch die Cammidgesche Reaktion besprochen, deren diagnostischer Wert verschieden beurteilt wird. Alle besprochenen Methoden sind, nach Ansicht des Verf., nur imstande die Frage zu beantworten, ob das Pankreas im gegebenen Augenblick überhaupt funktioniert, der Grad der Funktionsstörung jedoch läßt sich mit den bis jetzt üblichen Methoden schwer bestimmen. *Schaack* (St. Petersburg).

Syms, Parker: Surgical clinic at Lebanon hospital. (Chirurgische Klinik im Libanon-Spital.) Internat. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 3, S. 71—76. 1914.

Klinischer Vortrag über 4 interessante Fälle: 1. Pankreasabsceß nach Gallensteinoperation und multiple Adhäsionen mit chronischen Obstipationsbeschwerden. Lösung der Verwachsungen, wobei der Absceß eröffnet wird. Drainage. Heilung. — 2. Chronische Appendicitis mit Adhäsionen, Enteroptose und chronische Obstipation. Radiologisch nachweisbare Insuffizienz der Ileocöcalklappe. Appendektomie. — 3. Sekundäre Anämie (Carcinom?); Bluttransfusion mittels Bernheimscher Kanülen (gute Abbildungen). Be-

deutende Besserung des Blutbildes. — 4. Inoperables Hypernephrom der rechten Niere mit Einbruch in die Leber. *Kreuter* (Erlangen).

Chavannay, G., et J. Guyot: Etat actuel du traitement chirurgical du cancer du pancréas. (Pankreascarcinom.) Paris méd. Jg. 4, Nr. 27, S. 36—38. 1914.

Bis jetzt sind wenig Erfolge auf diesem Gebiete zu verzeichnen, und man hat sich meist mit Palliativoperationen begnügt. Zum Teil liegt das daran, daß man die Pankreascarcinome noch nicht ordentlich diagnostizieren kann. In zweifelhaften Fällen soll man Probelaparotomie mit Probeexcision machen. *Bernard* (Halle a. S.).

Milz:

Fossler, H.: Ein Beitrag zur Kasuistik der Milzcysten. (*Stubenrauch-Kreiskrankenh., Berlin-Lichterfelde.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 104, H. 3, S. 764 bis 774. 1914.

Ebenso unsicher wie die Entstehung der Milzcysten ist ihre klinische Diagnose vor der Operation. Auch in dem von Fossler mitgeteilten Falle wurde lediglich ein Tumor im linken Hypochondrium festgestellt, zumal die meisten von anderen Autoren für Milzcysten als typisch angegebenen Zeichen fehlten. Im vorliegenden Falle wurde die Splenektomie gemacht; der Verlauf war ungestört. Blutveränderungen traten in den ersten Wochen nach dem Eingriff in typischer Weise auf im Sinne einer vermehrten Leukocytose, speziell einer relativen Zunahme der Lymphocyten. *Bode* (Kassel).

Flörcken, H.: Beiträge zur Therapie der perniziösen Anämie. (*Landeshosp., Paderborn.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 23, S. 1280—1282. 1914.

Flörcken berichtet über vier Fälle von perniziöser Anämie. Von ätiologischem Interesse ist, daß drei Patienten aus dem Süden Paderborns und zwar aus benachbarten Straßen stammten. In zwei Fällen wurde eine direkte Bluttransfusion ausgeführt, die lediglich nur einen vorübergehenden Erfolg zeigte. Sie führte niemals zu wirklichen Remissionen. In drei Fällen wurde die Thorium-X-Therapie angewendet. In zwei Fällen trat dabei ein eklatanter Erfolg ein. Es kam zu längeren Remissionen. Der eine Patient wurde für 4 Monate wieder arbeitsfähig. Aber bei beiden trat dann ein schweres Rezidiv ein. Die Thorium-X-Therapie versagte bei einem Patienten vollkommen. Zwei Patienten wurden splenektomiert. Der eine starb im Operationsschock, obwohl eine Digitalisbehandlung mit reichlicher Kochsalzzufuhr der Operation vorausgegangen war. Der andere Patient (Rezidiv nach Thorium-X-Remission) wurde durch die Splenektomie so gebessert, daß es sich 4 Monate nach der Operation subjektiv vollkommen wohl fühlte und arbeitete.

Auf Grund der eigenen Erfahrungen und der in der Literatur festgelegten Beobachtungen hat Flörcken die Ansicht, daß bei jeder festgestellten perniziösen Anämie ein vorsichtiger Versuch mit der Thorium-X-Therapie gemacht werden soll, da glänzende Remissionen mit dem Mittel in vielen Fällen erzielt worden sind, ohne daß von Heilungen die Rede sein konnte. Versagt diese Therapie, so soll baldigst splenektomiert werden. Auch diese Methode ist keine kausale Therapie, sie zeitigte aber in über der Hälfte der operierten Fälle zum Teil hervorragende Besserungen. Weitere Indikationen zur Operation sind erwünscht, da einige Fälle auf diese Therapie nicht angesprochen haben. Auch bei den günstigsten Fällen ist keine wirkliche Heilung erzielt worden, da das Blutbild noch verändert blieb. Den bequemsten Zugang zur Perniciosamilz gibt ein Schnitt parallel dem linken Rippenbogen mit Verlängerung nach hinten bis fast zur Wirbelsäule. Die Operation soll in Allgemeinnarkose ausgeführt werden, da die Luxierung der hochsitzenden Milz mit lokaler Anästhesie nicht schmerzlos ausgeführt werden kann. *Kolb.*

Nebennieren:

Bosquet: Etude sur la maladie de Recklinghausen dans ses rapports avec les glandes a secrétion interne et particulièrement les surrénales. (Morbus Recklinghausen. Beziehungen zu Drüsen mit innerer Sekretion, besonders zu den Nebennieren.) Thèse de Lille Nr. 22, 1913. Nr. 22. 132. S.

Im Verlauf der Recklinghausenschen Krankheit können Insuffizienzerscheinungen sämtliche Drüsen mit innerer Sekretion vorkommen. Am häufigsten werden Läsionen der Nebennieren bei der Autopsie bei diesem Leiden gefunden. Diese Drüsen-

erscheinungen sind aber nicht als die Ursache der Recklinghausenschen Krankheit aufzufassen, sondern als Folge derselben Ursache. Vielleicht handelt es sich um eine kongenitale Anomalie. Die Organotherapie soll vor jeder Operation angewandt werden, wenn eine glanduläre Insuffizienz besteht. *Fritz Loeb* (München)[M]

Harnorgane:

Mark, Ernest G.: Functional tests and their importance in renal surgery. (Funktionsprüfungen und ihre Wichtigkeit in der Nierenchirurgie.) Chicago med. rec. Bd. **36**, Nr. 4, S. 202—204. 1914.

Verf. vergleicht die verschiedenen Proben zur funktionellen Nierendiagnostik. Die Kryoskopie nach Kümmell sei zwar allen anderen Methoden, die auf eine quantitative chemische Analyse hinzielen, wie Ausscheidung von Harnstoff, Chloriden usw., überlegen, doch unterliege man dabei leicht technischen Irrtümern und sei die Probe für allgemeinen Gebrauch deshalb nicht geeignet. Die Phloridzinprobe nach Casper und Richter sei sicher wertvoll, doch werde sie durch leichte Nierenschädigungen beeinflußt. Allgemeine Toxämie und Arteriosklerose würden die Zuckerausscheidung teilweise oder ganz verhindern. Die Phenolsulfophtaleinprobe nach Rowntree und Geraghty ist nach Ansicht Marks die zuverlässigste und wertvollste der sog. funktionellen Proben. Sie verlange keine besondere technische Feinheiten und sei fremden Einflüssen nicht ausgesetzt. Als spezielle Vorteile der Phthaleinprobe hebt Mark in Übereinstimmung mit Pilcher die vollständige Ausscheidung der Droge, die am besten intravenös einverleibt werde, durch die Nieren hervor, ferner das frühe Erscheinen der Droge im Urin, die Pracht der Tinktion des alkalischen Urins, die Einfachheit der quantitativen Bestimmung, die absolute Ungiftigkeit der Droge. Freilich völlig untrüglich sei keine der Proben. Eine Probe, welche Niereninsuffizienz ergibt, sei nicht beweisend, erst der wiederholte Ausfall der Probe spreche ohne Frage hierfür. *Gebele* (München).

Reed, Horace: Determination of renal efficiency. (Die Bestimmung der Nierenfunktion.) Journ. of the Oklahoma State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 12, S. 510 bis 513. 1914.

Verf. hat die verschiedenen Methoden geprüft und als verläßlichstes Verfahren eine Kombination resp. parallele Anwendung von der Indigocarmin- und Phenolsulphophthaleinprobe gefunden, deren übereinstimmende Ergebnisse zur Beurteilung der Funktion die beste Grundlage bietet. *Ráskai* (Budapest).

Eisendrath, Daniel N.: The value of radiography in the surgery of the urinary tract. (Über den Wert der Radiographie in der Chirurgie der Harnwege.) Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. **13**, Nr. 5, S. 287—292. 1914.

Verf. beschreibt in diesen für den Praktiker bestimmten Artikel, die Technik und die Ergebnisse der Radiographie, deren Wert er diagnostisch sehr hoch anschlägt. Der Schilderung sind sehr schöne etwas schematische Zeichnungen beigegeben, die über die Topographie der Nieren, über den Verlauf der Ureteren, Lagerung der Nieren und Uretersteine über Erweiterungen der Kelche und des Beckens unterrichten. *Raskai* (Budapest).

Eisendrath, Daniel N.: The effect of injecting collargol into the renal pelvis. (Über die Wirkung der Kollargolinjektion ins Nierenbecken.) (*Michael Reese hosp.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 18, S. 1392—1393. 1914.

Die von Voelcker zum Zweck skiagraphischer Untersuchung des Nierenbeckens angegebene Kollargolfüllung fand geteilte Aufnahme; namentlich nach dem Bekanntwerden mehrerer Todesfälle im Anschluß an die Kollargolinjektion sprachen viele von der schädigenden Wirkung dieser Prozedur auf die Nieren. Eisendraht nahm an zahlreichen Hunden experimentelle Untersuchungen bezüglich der Kapazität der Nierenbecken und der sich im Anschluß an Überfüllungen der letzteren einstellenden Veränderungen vor. Bei Injektion von 20 ccm Kollargol unter einem Druck von 100 mm Quecksilber ging das Tier schon nach 5 Minuten zugrunde. Bei der Sektion

fanden sich große Mengen Kollargol in der Vena cava inferior und im rechten Herzen, kleinere Mengen auch im linken Herzen. In mikroskopischen Präparaten von allen Gegenden der Niere Einbruch des Kollargols in das Interstitium. An vielen Stellen ist das Kollargol von dem Gefäßlumen nur mehr durch das Endothel getrennt. Die Lungen bieten allenthalben das Bild einer richtigen Kollargolembolie; nur wenige Capillaren sind noch durchgängig. In der Leber lassen sich zahlreiche Kollargolinfarkte nachweisen; ebenso sind viele interacinöse Gefäße mit Kollargol gefüllt. Diese durch Experiment festgestellten Befunde geben für die Todesfälle beim Menschen eine hinreichende Erklärung. *Saxinger* (München).

Razzaboni, Giovanni: La torsion du rein. Recherches expérimentales. (Die Drehung der Niere. Experimentelle Studie.) Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. Bd. **26**, Nr. 2, S. 165—184. 1914.

In den letzten Jahren sind einige Mitteilungen über gänzliche Achsendrehungen der Nieren erschienen. Diese experimentelle Studie soll die klinische Beobachtung ergänzen. Die Studie ging der Frage in zwei Richtungen näher: Welche Möglichkeiten der Drehung sind vorhanden, und welchen Veränderungen ist die Niere nach der Drehung ausgesetzt? Die Veränderungen stehen mit dem Grade der Drehung im Verhältnis. Als Folge einer leichteren Drehung sind kleinere Zirkulationsstörungen und umschriebene Verhärtungen (Sklerosen) der Rinde feststellbar. Bei ganzen oder mehrfachen Drehungen sind schwere Stauungserscheinungen, Erweichungen und Verkalkungen einzelner Partien vorhanden. Die Dekapsulation der Niere hat keinen nennenswerten Einfluß auf die Entwicklung dieser Erscheinungen. Das Anwachsen des Organs ist etwas stärker ausgeprägt. Bildung von kompletten Hydronephrosen ist nicht häufig. Die Sekretionsstörungen sind unbedeutend. Eine kompensatorische Steigerung der Funktionen und anatomische Vergrößerung der anderen Niere ist die jeweilige Folge des Ausfalles der einseitigen Nierenfunktion. *Ráskai* (Budapest).

Jazuta, K. S.: Über den Einfluß der Dickdarmgekröse auf die Nierenlage. (*Anat. Inst. d. Prof. J. E. Schawlowski, K. Milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 4, S. 535—543. 1914. (Russ.)

Untersuchungen an 200 Föten von 2—10 Monaten, von denen in Tabellenform 45 Fälle angeführt werden. Durch die bekannten, von Toldt beschriebenen Verhältnisse der Dickdarmgekröse, die im 4. bis 5. Embryonalmonat mit dem parietalen Bauchfell der Hinterwand verwachsen, wird eine Verschiebung der Nieren nach unten bedingt, die rechts durch den Zug des meist kotgefüllten Coecums stärker zum Ausdruck kommt. Den Nebennieren wie der Leber kann auf Grund dieser Untersuchungen keine maßgebende Bedeutung zugeschrieben werden. Beim Mesenterium commune trifft man in der Regel einen niedrigeren Stand der linken Niere an, weil rechts die Gekröseverwachsung fehlt, links dagegen dank derselben der Zug nach unten stattfindet. Das stimmt auch mit den Beobachtungen an Tieren mit normalerweise vorkommendem Mesenterium commune überein. *Stromberg* (St. Petersburg).

Scandola, Cesare: Intorno ad un caso di rene mobile con sintomatologia rara. (Über einen Fall von Wanderniere mit seltenen Erscheinungen.) (*Osp., Roverbella.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr, 52, S. 545—547. 1914.

Bei einer an Wanderniere leidenden Patientin waren an eine Wirbelentzündung (Spondylitis) erinnernde Schmerzen bemerkbar, welche infolge von Zerrung des Sympathicus entstanden und nach operativer Fixierung der Niere verschwanden. *v. Lobmayer* (Budapest).

Brongersma, H.: Ein Fall von Trennung einer Hufeisenniere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, H. 6, S. 470—476. 1914.

37jährige Frau hatte seit ihrer Kindheit an heftigen Schmerzen in beiden Lendengegenden, besonders links gelitten. Sie war deswegen unter verschiedenen Diagnosen intern und operativ behandelt. Unter anderem waren Appendix, Uterus und Ovarium entfernt worden. Auch hatte man die linke Niere in der falschen Annahme eines Steins freigelegt und dabei festgestellt, daß eine Hufeisenniere vorlag. Verf. nahm bei der Patientin zunächst wegen beiderseitiger Pyelitis Nierenbeckenspülungen vor, dann konstatierte er durch Pyelographie, daß die Brücke der Hufeisenniere links von der Wirbelsäule lag und ging endlich durch einen Längsschnitt über der Mitte des rechten Rectus transperitoneal gegen die Niere vor. Laterae vom Colon transversum und descendens wurde das hintere Peritoneum geschlitzt, die fibröse Brücke freigelegt, abgeklemmt und nach doppelter Catgutunterbindung durchtrennt. Der Erfolg der Operation war ein vollständiges Verschwinden der Beschwerden. *Kempf.*

Fortunatowa, T.: Zur Kasuistik der Hufeisenniere. Wratschebnaja Gaseta Jg. 21, Nr. 19, S. 768—770. 1914. (Russisch.)

Bericht über 4 einschlägige Fälle. Sehr genaue Beschreibung des anatomischen Befundes. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Oehlecker, F.: Eine angeborene Anomalie der Niere und des Ureters unter dem klinischen Bilde eines perityphlitischen Abscesses. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 3, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 147—152. 1914.

14jähriges Mädchen erkrankt akut mit Erbrechen, Fieber und Schmerzen in der rechten Unterbauchseite, am vierten Tage mit Bauchdeckenspannung und sehr druckempfindlichem, deutlich fluktuierendem Tumor eingeliefert. Operation ergibt einen in seinem mittleren und oberen Teil cystisch erweiterten Uretersack und eine atrophische (kongenitale rudimentäre) Niere an normaler Stelle. Nierenbecken normal. Unterer Ureterteil schwächlich, Kommunikation desselben mit dem Sack nicht nachweisbar. Im Cysteninhalt Bacterium coli in Reinkultur, Blasenurin steril. Hinweis auf die kongenitalen Uretermißbildungen und den diagnostischen Wert der Pyelo-Kystographie. *Colmers* (Coburg).

Kümmell, Hermann: Die Sklerose des Nierenlagers (chronische Nierenlagerblutung). (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 3, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 1 bis 5. 1914.

Ein Fall von chronisch hämorrhagischer Nephritis mit sekundären spärlichen Nierenlagerblutungen und einer dadurch erzeugten mächtigen Sklerose des Nierenlagers.

Die klinischen Symptome bestanden in fühlbarem, knabenkopfgroßem Tumor, starken Schmerzen und heftigen Blutungen aus den Harnorganen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Hypernephrom. Bei der Freilegung der Niere war dieselbe wie von einem Gewebspanzer umgeben; aber von normaler Größe und glatter Oberfläche. Die ca. 9 cm dicke Fettkapsel wurde von der Niere abgelöst und am Ansatz des Nierenbeckens exstirpiert. Nach der Dekapsulation zessierten die renalen Blutungen. Das Krankheitsbild unterscheidet sich von den akuten Massenblutungen ins Nierenlager durch seinen exquisit chronischen Verlauf und das Fehlen der Blutmassen im Nierenlager. *Baetzner* (Berlin).

Benjamin, Arthur E.: Cystic kidney. (Cystenniere.) Internat. journ. of surg. Bd. 27, Nr. 5, S. 151—159. 1914.

González, L., und S. Pascual: Ein Fall von Echinokokkuscyste der Niere. (*Inst. Rubio, Madrid.*) Rev. clin. de Madrid Jg. 6, H. 10, S. 667—672. 1914. (Spanisch.)

Bei einem 36jährigen Mann bestanden seit seinem 18. Jahre Anfälle von Schmerzen in der linken Nierengegend, die zunächst im Anschluß an einen Unfall eingetreten waren, vom Abgang von Membranen gefolgt. Im Urin wurden Scolices nachgewiesen. Die Bauersche Antigenreaktion fiel positiv aus; es bestand ausgesprochene Eosinophilie. Es wurde die typische Nephrektomie ausgeführt, vier Wochen nach der Operation, bei der die fast völlig zerstörte Niere entfernt wurde, fiel die Antigenreaktion negativ aus, die Eosinophilie war geschwunden. Beim Nierenechinokokkus soll stets die Nephrektomie ausgeführt werden, nur wenn die Cyste gestielt sein sollte, kann man die Ausschälung versuchen. *Lazarraga* (Madrid).

Maclure, Fay: The etiology and diagnosis of pyelonephritis. (Ätiologie und Diagnose der Pyelonephritis.) Austral. med. journ. Bd. 3, Nr. 146, S. 1537—1539. 1914.

Janssen, P.: Therapeutische Indikationen bei Steinerkrankungen der oberen Harnwege. (*Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf.*) Med. Klinik Jg. 10, Nr. 23, S. 967 bis 970. 1914.

Kurze, sehr instruktive Zusammenfassung, die sich zum Referat nicht eignet. Beiläufig wird ein Fall erwähnt, wo ein Harnleiterstein, durch den Mastdarm tastbar, von dort aus allmählich in die Blase herabmassiert werden konnte. *Burckhardt* (Berlin).

Krotoszyner, Martin: Upon the early diagnosis of renal tuberculosis by the general practitioner. (Die Frühdiagnose der Nierentuberkulose durch den praktischen Arzt.) California State journal of med. Bd. 12, Nr. 5, S. 195—196. 1914.

Pillet, M.: Tuberculose rénale à forme anormale. (Abnorme Form von Nierentuberkulose.) Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 5. S. 595—598. 1914.

Bei einer 30jährigen, sehr wohl aussehenden, fetten Frau zeigte das Röntgenbild etwas ungewöhnliche Schatten, die wohl der Lage, weniger aber dem Aussehen nach von Harnleitersteinen herrühren konnten. In der Nierengegend waren verschwommene Schatten. Harn-

verimpfung ergab Tuberkulose. Die Nephrektomie bestätigte das. Die Käseherde waren (zum Teil) in Verkalkung begriffen. Die vermeintlichen Harnleitersteine waren als verkalkte Drüsen anzusprechen. *Burckhardt* (Berlin).

Samurawkin, K. I.: Zur Frage der Nephrektomie bei Nierentuberkulose. Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 4, S. 544-559. 1914. (Russ.)

Tschaika, A. A.: Zur Technik der Nephrotomie. (*Chirurg. Klin. Prof. S. P. Fedoroff, K. Milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Dissertation: St. Petersburg 1914. 201 S. (Russisch.)

Die Gefahren der Blutungen nach Nephrotomien, das Hinterbleiben von toten Räumen nach Nephrolithotomien, wie die Schwierigkeiten der Schnittrichtung und einer sicheren und zugleich das Gewebe wenig schädigenden Nierennaht ließen nach weiterer Vervollkommnung der diesbezüglichen Technik trachten. Das Nierenfett, das bei Nierenoperationen stets in größerer Menge zur Hand ist, sollte als plastisches Material einige bisherigen Mängel beseitigen und wurde diese Frage einer experimentellen Prüfung unterworfen. Vorerst bespricht Verf. auf Grund literarischer Daten die Regenerations- und Kompensationsfähigkeit der Niere nach Nephrotomie und Resektion, indem er feststellt, daß die Nierenwunden stets durch eine Narbe ohne Neubildung von sezernierendem Parenchym verheilen; die Kompensationsfähigkeit wird von manchen als unbegrenzt, von anderen als gering veranschlagt. Dann folgen Kapitel über die Bedeutung des Nierenschnittes für den Verlust von Nierenparenchym, für die Nierenfunktion und für die sekundären Blutungen, wie über die Nierennaht. Experimentell untersuchte Verf. zu allererst die Folgen der Nierennaht für das Parenchym (4 Versuche von 4, 5, 10 und 20 Tagen), in dem er die Matratzennaht am schädlichsten für das Nierengewebe fand, während das Nahtmaterial (3 Versuche von 5, 10 und 20 Tagen) weniger in Betracht kommt. Die Mehrzahl der Versuche (64, davon 50 an Hunden und 14 an Kaninchen) war dem transplantierten Fettgewebe gewidmet, indem hierzu meist das Nierenfett, in Ermangelung desselben das Omentum maj. und einmal das Unterhautzellgewebe benutzt wurde. Es wurden gestielte und freie Lappen angewandt. Die Fettamponade verkürzte die postoperative Blutung von 3 bis auf 1 Tag, auch wurden im Nierenbecken und Blase keine Blutgerinnsel gefunden. Bei der Fettamponade wurden tiefe parenchymatöse Nähte unnütz. Zwischen Nierenparenchym und Fettgewebe bildet sich junges Granulationsgewebe, das mit zunehmender Atrophie des Fettes letzteres ersetzt und sich zu Narbengewebe umwandelt. Nur vereinzelt wurde Fettnekrose angetroffen. Das im Nierenbecken sich vorstülpende Fett wird vom Beckenepithel überkleidet, indem darunter meist die Bildung von Knochengewebe beobachtet werden kann. Es wurde auch die Nierenfunktion nach Fettamponade geprüft und hierbei gefunden, daß letztere keinerlei merklichen ungünstigen Einfluß darauf habe. Die Ergebnisse der experimentellen Forschung fanden auch in 6 klinischen Fällen mit gutem Erfolge Anwendung: es handelte sich um Nephrolithotomien, die einigemal zu solch starken Blutungen führten, daß die Umstechung resultatlos blieb und an die Nephrektomie gedacht werden mußte. Doch die Tamponade mit Nierenfett beseitigte sofort die Blutungsgefahr und verkürzte auch die spätere Blutbeimengung im Urin. Alles in allem kommt Verf. zum Schluß, daß die Nephrotomie erst durch die Fettamponade, welche eine Schonung des Nierenparenchyms gestattet und die Gefahr sekundärer Blutungen eliminiert, zu einer konservativen Operation gestempelt wird. *Stromberg.*

Perrier, M.: Note sur un cas d'expulsion de calcul urétéral par l'injection urétérale de glycérine. (Harnleiterstein durch Glyzerininjektion beseitigt). Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 5, S. 599—602. 1914.

Birnie, John M.: A method of exposing the pelvic portion of the ureter. (Eine Methode zur Freilegung des Beckenabschnittes des Harnleiters.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. **5**, S. 632. 1914.

In Beckenhochlagerung wird durch bis zur Symphyse reichenden Medianschnitt das Cavum Retzii freigelegt. Durch Abdrängung des Bauchfells von Blase und Beckenwand nach der Mittellinie zu wird der Ureter bequem zugängig. *W. Israel* (Berlin).

Ogloblin, A.: Ein Fall von Fremdkörper der Blase. (*Chirurg. Fak.-Klin., Univ. Jurjeff [Dorpat], Prof. Zoege v. Manteuffel.*) Dermatologia Bd. 3, Nr. 4, S. 479—482. 1914. (Russisch.)

Es handelte sich um einen 20 cm langen Federhalter, den Patient durch die Harnröhre eingeführt hatte. Trotz Entfernung des Fremdkörpers durch Schnitt am Damm ging Patient an Urininfiltration und an Peritonitis zugrunde. *Schaack* (St.-Petersburg).

Grünbaum, Carl: Hexal, ein neues Blasen-Antisepticum. Klin.-therap. Wochenschr. Jg. 21, Nr. 23, S. 648—652. 1914.

Grünbaum empfiehlt das Hexal bei akuten und chronischen Entzündungen der Harnblase sowohl wegen seiner hervorragenden harnantiseptischen als auch seiner sedativen Eigenschaften. Prophylaktisch gegeben soll es bei Bougierkuren und fortgesetztem Katheterismus das Entstehen der Cystitis verhindern. Auch eine diuretische Wirkung hat G. ebenso wie andere vor ihm festgestellt. Unangenehme Nebenwirkungen hat G. nie gesehen. *Marcuse* (Berlin).

Alexeieff, A.: Zur Diagnose der Enuresis nocturna. (*Hosp. chirurg. Klin. v. Prof. Fecdoroff, Petersburg.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, H. 6, S. 451—452. 1914.

Verf. hat bei Erwachsenen, welche seit ihrer Kindheit an Enuresis leiden, eine Schwächung des Sphincters beobachtet, die er für den Ausgangspunkt des Leidens hält. Bei der cystoskopischen Untersuchung sieht man nämlich in diesen Fällen, wenn der Cystoskopschnabel längere Zeit im Blasenhals verbleibt und auf ihn drückt, eine Verdunklung des Gesichtsfeldes durch Anschwellung der Corpora cavernosa, während der Colliculus seminalis mit 2 seitlichen Streifen sichtbar bleibt. *v. Khautz* (Wien).

Stammler: Die Resultate der operativen Behandlung der Blasentumoren. (*Eppendorfer Krankenh., Hamburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 3, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 99—107. 1914.

Stammler unterscheidet sicher gutartige (Zottenpolypen) Tumoren, solche, bei denen Übergänge zu malignen Neubildungen sich an dem Verhalten des Epithels sowie klinisch nachweisen lassen, und infiltrierende Blasencarcinome. Daneben kommen seltener Sarkome und andere Tumoren vor. — Er berichtet über die Resultate der im Laufe von 28 Jahren an der Kümmelschen Abteilung behandelten Blasengeschwülste, im ganzen 84 Fälle. Man muß annehmen, daß es bei den Papillomen Stadien gibt, bei denen eine Umwandlung des Epithels einsetzt, ohne daß in seinen Beziehungen zum Stroma eine Veränderung nachzuweisen ist. Ganz sicher läßt sich auch heute in vielen Fällen der Charakter einer papillomatösen Geschwulst noch nicht nachweisen. Auf das Bestehen eines Blasentumors deutet eine Hämaturie, die Diagnose wird durch das Cystoskop gesichert. Bei der Frage der Operabilität ist die funktionelle Nierendiagnostik von wesentlichem Betracht. Da der größte Prozentsatz der Tumoren carcinomatös ist, ist die radikale Entfernung der Tumoren im Gesunden das einzig richtige. Die Entfernung der Tumoren mit Sectio alta ist die Methode der Wahl. Den endovesicalen Operationsmethoden, sowie der Entfernung mit Hochfrequenzströmen steht die Kümmellsche Abteilung noch skeptisch gegenüber. Mit einer Ausnahme einer totalen Blasenexstirpation, (der nach einem Jahre das Rezidiv folgte) wurde stets mit Sectio alta operiert, also 83 mal. Darunter waren 25 gutartige Tumoren, von denen ein Fall starb. 3 von ihnen bekamen benigne Recidive, 5 sind über 10, 6 sind 5, die übrigen 2—3 Jahre gesund. — Die Blase wurde zumeist primär geschlossen und für einige Tage ein Dauerkatheter eingelegt. — 59 der Fälle betrafen Carcinome. 10 Kranke blieben geheilt, also mehr als 2 Jahre rezidivfrei. In drei Fällen wurde mehr als der 3. Teil der Blase entfernt. Bei einigen Fällen wurden lediglich die Ureteren aus der Geschwulstmasse befreit, ohne Radikaloperation. In einem Falle wurde die ganze Blase exstirpiert, und die Ureteren wurden in die Bauchwunde eingenäht. — In den letzten Jahren wurden die Kranken regelmäßig mit Röntgenstrahlen nachbehandelt, ohne ersichtlichen Erfolg. Gegen die häufigere Anwendung der Cystectomia totalis spricht vorläufig noch immer die Unmöglichkeit, eine Sekundärinfektion mit Pyelonephritis zu vermeiden. *Ruge* (Frankfurt a. d. O.)

Cifuentes, S.: Blasentumor durch Sectio alta entfernt; Heilung. Rev. clin. de Madrid Bd. **11**, H. 9, S. 328—331. 1914. (Spanisch.)

Kasuistische Mitteilung.

Arcelin et Giuliani: Utilisation des courants de haute fréquence en urologie. (Die Anwendung der Hochfrequenzströme in der Urologie.) Lyon méd. Bd. **122**, Nr. 21, S. 1133—1138. 1914.

Nichts Neues. Besprechung der beiden gebräuchlichen Methoden der Anwendung der Hochfrequenzströme zur Zerstörung der Blasentumoren. Verf. gibt Strömen von niedriger Spannung den Vorzug. *W. Israel* (Berlin).

Kotzenberg: Zur Frage des Blasenersatzes. (*Eppendorfer Krankenh., Hamburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **3**, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 108—111. 1914.

Die schwierigste Frage bei der Blasenexstirpation ist die Versorgung der Ureteren. Will man nur den Abfluß des Urins sicher stellen, so genügt es, die Ureteren inguinal, lumbal oder intestinal einzupflanzen. Dieses Verfahren befriedigt auf die Dauer aber nicht, weil bald eine aufsteigende Infektion der Nieren eintritt, am raschesten nach der Einpflanzung in den Darm. Auch die narbige Schrumpfung des Ureterlumens, die an der Einpflanzungsstelle nicht selten eintritt, schützt davor nicht. In der Annahme, daß durch Erhaltung des Spincters am Ureterostium die Infektion verhindert werden könne, schlug Maydl vor, das Trigonum in toto in den Darm zu implantieren. Die Dauererfolge sind hiernach zwar etwas besser, aber doch nicht befriedigend. Einen weiteren Fortschritt bedeutete das Verfahren von Borelius-Berglund, bei dem die Fußpunkte der Flexura sigmoidea durch Seit-zu-Seitanastomose vereinigt werden, und das Trigonum mit den Ureterenostien in die Konvexität der Schlinge eingepflanzt wird. Hierbei sollte der Kotstrom weit ab von den Uretermündungen durch die Anastomose geleitet werden. Den natürlichen Verhältnissen am nächsten kommt die von Gersuny zuerst vorgeschlagene und später namentlich von Cunéo modifizierte Blasenplastik. Sie besteht darin, daß ein Stück des untersten Ileum unter Erhaltung seines Mesenterialansatzes aus der Kontinuität gelöst, sein orales Ende verschlossen und sein anales Ende zwischen Rectumschleimhaut und Sphincter ani nach außen geführt und mit der Haut vernäht wird. In einer zweiten Sitzung wird dann das Trigonum in dieses ausgeschaltete Darmstück implantiert. In der Zwischenzeit zwischen beiden Sitzungen muß durch fleißige Spülungen für eine Reinigung und Weitung der neuen Blase gesorgt werden. Das Verfahren hat den Vorzug, daß es eine Blase schafft, die vor dem Rectum liegt und sich gut ausdehnen kann, und deren Kontinenz die Wirkung des Sphincter alvi zugute kommt. Zwei von Cunéo nach dieser Methode operierten und sehr gut verlaufenen Fällen fügt Verf. einen selbst operierten an, der allerdings an Peritonitis eingegangen ist. Es handelte sich um einen 4 jährigen Knaben, der wegen Blasenektopie mehrfach voroperiert war. In der aus der Bauchhaut gebildeten Blase hatte sich ein Stein entwickelt, so daß Verf. die Totalexstirpation der Blase vornahm und dann nach der geschilderten Methode von Cunéo verfuhr. Durch Insuffizienz der Bauchdeckennaht kam es zur Peritonitis. Die Plastik als solche war gelungen. Wie weit das Verfahren Dauererfolge schafft, bleibt abzuwarten. E. Fraenkel hat nämlich bei einigen vom Verf. operierten Fällen, in denen die Kranken nach intestinaler Ureterimplantation an Niereninfektion zugrunde gegangen waren, bei der Sektion die Beobachtung gemacht, daß da, wo dauernd der Urinstrom die Darmschleimhaut berührt hatte, eine diphtherische Erkrankung dieser eingetreten war. Es liegt nahe anzunehmen, daß es sich hier um eine spezifische Reaktion der Darmschleimhaut auf dauernde Urinbenetzung handelt. Sollte sich dies bewahrheiten, dann wäre damit auch der schönen Cunéoschen Methode der Dauererfolg versagt. *Schultze* (Posen).

Stark, Sigmar: Technique employed in excision of a carcinomatous urethra. (Die bei der Excision der krebsigen Harnröhre angewendete Technik.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 632—633. 1914.

4 cm lange bogenförmige Incision dicht unterhalb des Arcus pubis. Vertiefung des Schnittes

durch das Lig. triaugulare in das Spatium retropubicum hinein. Längsschnitt durch die Scheidenwand beiderseits von der kranken Partie nach hinten bis ins Gesunde. Die beiden Scheidenlappen werden bis zur Beckenwand abgelöst und nach unten geschlagen. Durchtrennung des Gewebes nahe der Beckenwand beiderseits unter präventiver Blutstillung. Auslösung der kranken Partie zusammen mit dem in unmittelbarer Umgebung des Orificium int. urethrae befindlichen Teile der Blasenwand. Annähung der Blasenöffnung an die Scheide so, daß die neue Öffnung für einen Katheter Nr. 10 durchgängig ist. Vernähung der beiden Scheidenlappen in der Mittellinie, Drainage unterhalb des Arcus pubis. Exstirpation der Inguinaldrüsen beiderseits. Bei Harndrang muß die so operierte Patientin den Harn sofort entleeren, sonst ist sie kontinent. *W. Israel* (Berlin).

Farmakowski. N. W.: Zur Kasuistik großer Steine der Harnröhre. (*Landkrankenh. Elchowka, Gouv. Ssamara.*) Dermatologia Bd. **3**, Nr. 4, S. 499—501. 1914. (Russisch.)

Im ersteren Falle handelte es sich um Harnröhrensteine von 5 cm im Durchmesser und 2,5 cm, die bei einem Kranken entfernt wurden; das Gewicht betrug 70,0 und 15,0. Im zweiten Falle handelte es sich um einen weichen Phosphatstein, dessen harte Mitte (Uratstein) den Umfang eines Taubeneies aufwies. *Schaack* (St. Petersburg).

Männliche Geschlechtsorgane:

Porosz, Moritz: Beiträge zum anatomischen Bau der Prostata. Die Anatomie, die physiologische und pathologische Rolle des Ductus ejaculatorius, des Colliculus seminalis und des Sphincter spermaticus. Fol. urol. Bd. **8**, Nr. 10, S. 569—594. 1914.

Waldschmidt, Max: Die Indikationen zur Prostatektomie. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **3**, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 128—146. 1914.

Waldschmidt hat die in den letzten Jahren auf der Kümmelschen Abteilung behandelten Prostatahypertrophien — sowohl die operierten, als die konservativ behandelten — nachuntersucht und stellt folgende Grundsätze auf. Nur die unkomplizierte Hypertrophie ohne Residualharn darf konservativ behandelt werden. Sobald Residualharn besteht, ist der Versuch zu machen, durch den Katheter den Rückstand zu beseitigen; wenn dies nicht gelingt, ist die radikale Operation erforderlich. Die Chancen der Operation sind wesentlich bessere, wenn bei Infektion der Harnwege, Störung der Nierenfunktion, schlechtem Allgemeinbefinden oder starker Distension der Blase zweizeitig operiert wird. Im ersten Akt wird in Lokalanästhesie eine suprapubische Cystostomie gemacht, und in etwa 3 Wochen, wenn der Patient sich erholt hat, wird die Enucleation ebenfalls in Lokalanästhesie vorgenommen. Seitdem die Tamponade und die offene Behandlung des Wundbettes angewandt wird, sind Todesfälle an Verblutung und Sepsis nicht mehr vorgekommen. Bei Carcinom der Prostata, das nach W. in 21% der Fälle vorliegt, ist ebenfalls frühzeitige Prostatektomie angezeigt, deren Resultate bei frühzeitiger Operation durchaus nicht schlecht sind. *Marcuse* (Berlin).

Legueu, F.: L'anesthésie locale de la prostatectomie. (Lokalanästhesie bei Prostatektomie.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 18, S. 621—624. 1914.

Legueu führt seit kurzem jede Prostatektomie in Lokalanästhesie aus; die Anästhesie ist vollkommen. Er benutzt Novocain mit Adrenalinzusatz 1 : 200. 1. Anästhesie der Bauchwand, wie gewöhnlich. 2. Infiltration der Blasenwand vor ihrer Incision. Für 1 und 2 60 bis 70 cm der Lösung. Nach Eröffnung der Blase 3. Umspritzung der Prostata im „plan de clivage" mit 60 bis 80 ccm. Dazu 20 bis 25 cm lange feste Nadeln mit verschiedenen Krümmungen. 4. Infiltration der intraprostatischen Urethra. *W. Israel* (Berlin).

Thomas, J. Lynn: Note on a new combined method of prostatectomy. (Eine neue kombinierte Methode der Prostatektomie.) Lancet Bd. **186**, Nr. 21, S. 1456 bis 1457. 1914.

Sie ist beschrieben auf dem Kongreß der britischen medizin. Gesellschaft in Sheffield 1908.

In die von oben eröffnete Blase wird Jodtinktur gegossen, eine Kornzange nach dem Damm eingeführt, auf diese vom Damm her eingeschnitten. Nun kann die Prostata — nötigenfalls mit beiden Zeigefingern von der Blase und vom Damm aus zugleich — leicht enucleiert werden.
Burckhardt (Berlin).

Thompson, Ralph: An operation for undescended testicle. (Eine Operation wegen Hodenretention.) Lancet Bd. **186**, Nr. 22, S. 1535. 1914.

Verf. hat in 2 Fällen eine Operationsmethode benutzt, bei der er sich eines langen, von der Spina bis auf das Scrotum verlaufenden, in der Mitte nach abwärts ausgebogenen Schnittes bedient. Durch Anfügung eines nach oben konvexen kleineren Schnittes an den mittleren Teil der Incision isoliert er einen ovalen Hautlappen, den er in den unteren skrotalen Winkel des Hauptschnittes transplantiert. Dadurch erweitert er den Hodensack mit Hilfe eines Gewebes, das keine Dartosmuskulatur besitzt und sich deshalb nicht kontrahiert. *Kempf* (Braunschweig).

Georgesco, Gr., et V. Savesco: Etude anatomique et chirurgicale sur trois cas de cancer du testicule. (Anatomische und chirurgische Studie über drei Fälle von Hodenkrebs.) (*Hôp. Coltzea, Bucarest.*) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. **1**, Nr. 4/6, S. 226—248. 1914.

Mitteilung von drei sehr ausführlichen Krankengeschichten zweier Fälle von Epitheliomen, und eines carcinomatös entarteten Teratomes. Der erste Fall, radikal operiert, bekam nach 6 Monaten ein lumbales Rezidiv, der Teratomfall starb 14 Tage post op. an multiplen Lungenmetastasen, der dritte hatte bereits Metastasen am Nierenhilus. Im Anschluß daran ausführliche pathologisch-anatomische Erörterungen mit makroskopischen und mikroskopischen Bildern. Bei der folgenden Besprechung des chirurgischen Vorgehens geben Verff., dem von Chevassu ausgearbeiteten radikalen Verfahren mit Ausräumung der retroperitonealen Lymphstämme und Drüsen bis zum Nierenstiel den Vorzug vor anderen Methoden.
Draudt (Darmstadt).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Lewis, Charles F.: Septic thrombophlebitis of the pelvic veins. (Septische Thrombophlebitis der Beckenvenen.) Journ.-lancet Bd. **34**, Nr. 9, S. 238—241. 1914.

Hinweis auf die relative Häufigkeit dieser Fälle. — Sehr eingehende Beschreibung eines solchen Falles, der exspektativ behandelt zur Heilung kam (entstanden nach Zwillingsgravidität; Entbindung durch Forceps). — Hinweis auf die Diagnose: Leichte Puls- und Temperatursteigerung, klares Bewußtsein, leidliches Allgemeinbefinden, gelegentlich starke Unruhe. Schüttelfröste mit kritischen Temperaturzacken, dabei leichte Pulssteigerung und gemütliche Depression. — Weiter muß per exclusionem (Endokarditis)! diagnostiziert werden. Sind die Venen palpabel, so ist die Diagnose leicht und gesichert. — Ohne dieses dürfen Schwellung und Schmerzen in der Leisten- oder Lendengegend, an Femoralvenen oder Saphena als Hinweise dienen. — Prognose ist wenig günstig. Ohne Operation ungünstiger als mit Operation. Die Zahlen dürften zwischen 50% mit Operation und ca. 85% ohne Operation schwanken. — Man mache Laparotomie, wenn irgend möglich. Methode der Wahl ist: Transperitoneales Vorgehen. Die Exstirpation der Iliaca soll gemacht werden, wo sie ausführbar ist, sonst Ligatur.
Hesse (Greifswald).

Elsner, Henry L.: The association of uterine growth with goitre; typical and atypical exophthalmic goitre. (Uterusgeschwülste, Kropf und Basedow.) Americ. journ. of the. med. sciences Bd **147**, Nr. 5, S. 634—645. 1914.

Verf. beschreibt einen sehr interessanten Fall von Syringomyelie, fibroma uteri, Cystoma ovarii kombiniert mit Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion: 20 Jahre vor dem Ausbruch der eigentlichen Syringomyelie waren Sensibilitätsstörungen vorhanden, 12 Jahre vorher war der Uterustumor und die Ovarialcyste diagnostiziert. Erst nach der Operation dieser Tumoren brach die Syringomyelie aus, es trat typische Akromegalie auf es entwickelte sich eine Struma, multiple Fibrome der Haut, Pigmentflecke, parenchymatöse Nephritis, zunehmende Arteriosklerose. Daran anschließend macht Verf. aufmerksam auf das nicht seltene Vorkommen von Myoma uteri mit Kropf und Basedow und glaubt, daß ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Myome und dem Auftreten von Basedowsymptomen bei Kropfkranken bestehe. Verf. weist auch mit Recht darauf hin, daß nicht, wie viele Autoren immer glauben, die funktionellen Erkrankungen der Schilddrüse häufiger werden, sondern, daß wir namentlich durch die Arbeiten von Kocher gelernt haben, sie zu erkennen.
Albert Kocher (Bern).

Winkler, Albrecht: Vulvacarcinom und Strahlentherapie. (*Univ.-Frauenklin., Jena.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **22**, H. 2, S. 193—199. 1914.

Winkler stellt an Hand der Literatur fest, daß die Resultate der operativen Therapie der Vulvacarcinome, was die Rezidivfreiheit anbetrifft, schlecht sind. Auf Grund dreier strahlentherapeutisch behandelter Fälle, von denen zwei ausführlich mitgeteilt werden, und auf Grund der in der Literatur festgelegten Erfahrungen kommt W. zu dem Resultat, daß die Röntgenstrahlentherapie für den Vulvakrebs nicht geeignet ist. Enorme Strahlenmengen sind notwendig, um bei ausgedehnteren Tumoren einen sichtbaren Effekt zu erzielen. Das Mesothorium übt einen viel intensiveren Einfluß aus. Von besonderem Vorteil ist, daß man mit ihm einen viel rascheren Erfolg erzielt wie mit den Röntgenstrahlen. Über Dauerheilungen mit Mesothorium kann noch nicht berichtet werden. *Koh.*

Kerr, J. M. Munro: Operative treatment for malformations of uterus and vagina. (Operative Behandlung der Mißbildungen der Gebärmutter und der Scheide.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 621—631. 1914.

Der Verf. gibt eine gedrängte Übersicht aller häufigeren Mißbildungen im weiblichen Genitaltrakt, soweit sie angeboren sind und Uterus oder Vagina oder beide zugleich betreffen. Überall ist auf die jeweils entstehenden Beschwerden und den besten Weg zur Beseitigung derselben, vielfach an der Hand von Zeichnungen, eingegangen. Die vorgeschlagene Therapie erstrebt meist operativ eine Korrektur des Grundleidens. — Die Mißbildungen teilen sich ein A. in solche, in denen bei vollendeter Verschmelzung der Müllerschen Gänge der Uterus in seiner Entwicklung stehengeblieben ist, B. in solche, bei denen der Uterus durch ein Septum mehr oder weniger geteilt ist, C. in solche, bei denen die Vereinigung der Müllerschen Gänge unvollkommen geblieben ist, endlich D. in solche, in denen die Mißbildung lediglich die Vagina betrifft. — Ad A. Infantile, fötale oder rudimentäre Bildung des Uterus kann Frauen betreffen, die sonst keine Mißbildungen zeigen. Hier und da werden die Frauen von dysmenorrhoischen Beschwerden geplagt. Sind diese allzu heftig, so bleibt nichts als die Hysterektomie übrig. Ähnliche Beschwerden verursachen bei funktionierendem Uterus Atresien der Cervix, des inneren oder des äußeren Muttermundes (Hämatometra). Hier ist der Versuch einer plastischen Eröffnung, bei längerer Stenose der einer Resektion derselben, bei dem Mißlingen einer solchen sogar die Hysterektomie indiziert. Mehrfach betont der Autor, daß in allen Fällen von nicht ganz klarer Übersicht der Verhältnisse die Laparotomie absolut notwendig ist, ganz abgesehen davon, daß auch für fast alle durch sie notwendigen Eingriffe der abdominale Weg dem vaginalen weit vorzuziehen ist. — Ad B. Das gilt auch für die Septumbildungen im Uterus, ob es sich nun hier um totale oder partielle Septen handelt. Laparatomie, Eröffnung des Uterus durch quere Incision, Excision des Septums, Naht des Uterus nach Durchziehen eines Gazestreifens durch den Cervicalkanal. Nur die inkompletten Septen des untersten Uterusabschnittes sind von unten aus zu durchtrennen. Die Septen des Uterus geben entweder zu Aborten oder zu Geburtsanomalien Anlaß. — Ad C. Ebenfalls scheinen der Anlaß zu gehäuften Aborten diejenigen Mißbildungen des Uterus zu sein, in denen eine mehr oder weniger ausgeprägte Hemmungsdoppelmißbildung desselben besteht, vor allem der Uterus arcuatus (cordiformis) und sein ausgebildeteres Stadium, der Uterus unicollis bicornis. In der Therapie des Uterus arcuatus schließt sich Verf. dem Vorgange Straßmanns an, der aus dem Fundus eine frontale Keilexcision vornimmt. Es sind mehrfach nach diesem Eingriff Schwangerschaften bis zum normalen Ende geführt worden. Im Gegensatz zu Straßmann zieht Kerr jedoch den abdominalen dem vaginalen Weg vor, schon um sich wegen etwaiger anderweitiger Mißbildungen zu orientieren. — Der ausgebildete Uterus bicornis unicollis gibt besonders dann zu erheblichen dysmenorrhoischen Schmerzen Anlaß, wenn eines der beiden Hörner atretisch ist, zu Retentionen Anlaß gibt usw. Einen solchen Fall bei einer jungen Dame beschreibt Verf. ausführlich. Die zweckmäßigste Therapie ist die Exstirpation des rudimentären Horns per laparotomiam, die auch in dem be-

richteten Fall zu völliger Heilung geführt hat. Dasselbe gilt vom Uterus didelphys und pseudodidelphys. — Ad D. Von den Mißbildungen der Scheide begegnen mäßige Membranbildungen keinen Schwierigkeiten. Diese beginnen erst bei mehr oder weniger langen Atresien. Sind dieselben mit einem funktionierenden Uterus verbunden, was sich durch Hämatometrabildung usw. bald verrät, so ist in jedem Fall eine Anastomose des Uterus mit der Vulva anzustreben. Alle Methoden, die hierbei nicht die möglichste Herstellung normaler Verhältnisse bezwecken, sind zu verwerfen; also z. B. seitliche Anastomosen zwischen der Vagina und dem Fundus. Durch Schwängerung können hierdurch schwere Komplikationen entstehen. Verf. bespricht die verschiedenen Möglichkeiten in der Lage und Ausdehnung der Atresien und geht zum Schluß auf die Therapie des völligen Mangels der Vagina ein. Von den vielen hier vorgeschlagenen Verfahren bevorzugt er das Baldwin-Morische (Einnähung einer Dünndarmschlinge in die Vulva) und berichtet über einen von ihm auf diese Weise operierten Fall. Die vaginalen Methoden werden auch hier grundsätzlich verworfen, weil nur die abdominalen klaren Aufschluß über die Ausdehnung der Mißbildung auf die inneren Genitalien geben. Auf die moralische Seite der Frage, ob eine solche Operation beim Mangel innerer Genitalien (Uterus) erlaubt ist, geht er absichtlich nicht ein. Bei einem unverheirateten Mädchen mit nicht funktionierendem Uterus hält er sie jedoch nicht für gerechtfertigt. *Ruge* (Frankfurt-Oder).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Cantani, Arnaldo: Sulla flebite nella febbre di Malta. (Über die Phlebitis bei Maltafieber.) (*II. clin. med., univ., Napoli.*) Policlinico, sez. prat. Jg. **21**, Nr. 21, S. 741—743. 1914.

Bericht über 2 Fälle von Maltafieber, bei welchen eine Phlebitis am Oberschenkel sich im Laufe der Krankheit entwickelte. Verf. führt diese Phlebitis auf eine spezifische Infektion zurück. *Monnier* (Zürich).

Mosenthin, Herbert: Seltenere Komplikationen der multiplen, cartilaginären Exostosen. (*Ev. Diakon.-Kranken-Anst., Posen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **128**, H. 3/4, S. 241—259. 1914.

Verf. berichtet über zwei Geschwister, Knaben von 11 und 13 Jahren, die mit multiplen, cartilaginären Exostosen behaftet waren. Die mütterlichen Vorfahren waren gesund, die väterlichen dagegen klein und besaßen ebenfalls Knochenauswüchse. Genaue Nachricht darüber liegen vom Vater, dessen 2 Brüdern und seiner Mutter vor. Bei einigen Familienmitgliedern hatten die bestehenden Exostosen sich im Laufe der Jahre wieder zurückgebildet. Bei dem jüngeren Knaben finden sich am Schädel und den Extremitäten die Knochenauswüchse in verschiedener Größe. Besonders interessant ist, daß sich in der linken Kniekehle durch den Druck einer Exostose eine Usur der Poplitea gebildet hatte, die zu einem gänseeigroßen Aneurysma geführt hatte. Bei der Operation konnte das Gefäß durch seitliche Naht geschlossen werden. Bei dem zweiten Jungen fanden sich weniger Exostosen, darunter aber eine besonders große am oberen Ende der linken Tibia. Sie ging tief in die Tibiasubstanz hinein und hatte auch die Fibula mit ergriffen. Das Wachstum war so diffus, daß man an einen malignen Tumor denken konnte, wenngleich die mikroskopische Untersuchung nicht dafür sprach. *Brüning.*

Massalongo, R.: Endocrinopatologia e patogenesi delle osteo-artropatie croniche progressive. (Innere Sekretion und Pathogenese der chronischen Gelenkerkrankungen.) (*Osp. magg., Verona.*) Rif. med. Jg. **30**, Nr. 17, S. 454—461 u. Nr. 18, S. 480—485. 1914)

Bei vielen chronisch Gelenkkranken beobachtete Verf. Symptome, die auf Störung der inneren Sekretion von Thyreoidea, Nebenniere usw. hinwiesen, und schreibt diesen bei der Pathogenese der Gelenkerkrankungen eine große Bedeutung zu. *Baldes.*

Obere Gliedmaßen:

Soubeyran: Désarticulation interscapulo-thoracique pour un volumineux ostéosarcome de l'humérus. (Exarticulatio interscapulo-thoracica wegen mächtigen Sarkoms des Oberarms.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 19, S. 652—655. 1914.

Ebert, Roman: Über Luxatio humeri congenita. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **13**, H. 3, S. 281—290. 1914.

Bezugnehmend auf 83 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen geht Ebert an der Hand eines eigenen Falles auf die klinischen Erscheinungen der angeborenen Schultergelenksverrenkung ein. Gegenüber der stets intra partum entstandenen Epiphysenlösung fehlen bei der angeborenen Humerusluxation die Spuren von einem frischen Trauma. Der Kopf ist wenig oder nicht deformiert, meist nach vorn, weit seltener nach hinten abgewichen. Die Kardinalsymptome stimmen im wesentlichen mit denen der traumatischen Luxation überein, jedoch läßt sich der Kopf bei der angeborenen leicht reponieren und entsprechend schwer fixieren. Beschreibung der wenigen bekannt gewordenen Operationsbefunde. Das Röntgenbild ist wegen der Transparenz der jugendlichen Knochen nicht immer beweisend. Charakteristisch scheint eine mangelhafte Ausbildung der am Schultergelenk beteiligten Knochen zu sein. In seinem Falle waren außer einer Luxatio humeri retroglenoidea mehrere Symptome vorhanden (Schulterblatthochstand, Schiefhals, Skoliose usw.), die auf eine gemeinsame Entstehungsursache, nämlich auf Behinderung des fötalen Wachstums durch abnormen Uterusdruck, hinweisen. *Duncker* (Brandenburg).

Da Costa, John Chalmers: Operation for varicose aneurysm of the brachial artery. (Operation eines varikösen Aneurysmas der Art. brachialis.) Saint Paul med. journ. Bd. **16**, Nr. 5, S. 310—314. 1914.

40jähriger Mann, welcher vor $1^1/_2$ Jahren einen Schrotschuß in den Rücken, die rechte Schulter und den rechten Arm erhalten hat. Nach anfänglichem Wohlbefinden trat eine kleine harte, erbsengroße Geschwulst in der Mitte und der Innenseite des Armes auf. Es stellten sich ausstrahlende Schmerzen in der Hand und im Vorderarme ein, ebenso ein taubes Gefühl in der Hand und im Vorderarme. Aus den vorhandenen Symptomen wurde die Diagnose eines varikösen Aneurysmas in der Art. brachialis gestellt. Die Operation beabsichtigte eine Naht der Arterie. Es fand sich jedoch, daß oberhalb des wallnußgroßen arterio-venösen Sackes zwischen der Art. brachialis und einer der begleitenden Venen ein zweites sackförmiges Aneurysma in der Arterie war. Art. und Vene wurden deshalb ober- und unterhalb unterbunden und die dazwischenliegenden Stücke der Arterie und Vene exstirpiert. Nach Entfernung des Schlauches starke Blutung im Operationsgebiet, welche aus der Art. collat. ulnaris sup. stammte, die eigentümlicherweise in den Sack des Aneurysmas eingemündet hat. Normaler Verlauf und Heilung. *Jurasz* (Leipzig).

Keppler, Wilhelm: Beitrag zur Entstehung der Aktinomykose. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 831—842. 1914.

Mitteilung eines Falles von Aktinomykose des Oberarmschaftes mit progressivem Übergreifen auf die Muskulatur, so daß nach der primären Knochenaufmeißelung die Exartikulation des Armes und schließlich die Entfernung des Schultergürtels ausgeführt werden mußte. Mangels äußerer Eingangspforten nimmt Verf. für diesen Fall hämatogene Entstehung an, wie bei der akuten Osteomyelitis. Pat. ist 4 Jahre nach der Operation noch gesund. *Krüger* (Weimar).

Van Neck, M.: Fractures du coude chez l'enfant et appareil de Hackenbruch. (Kindliche Ellbogenfrakturen und der Apparat nach Hackenbruch.) Journ. méd. de Bruxelles Jg. **19**, Nr. 22, S. 287—289. 1914.

Autor erprobte den bekannten Apparat in der Behandlung eines suprakondylären Bruches bei einem $9\frac{1}{2}$jährigen Knaben. Obwohl der Heilerfolg kein schlechter war, verwirft trotzdem Autor die Anwendung des Apparates in der Behandlung derartiger Brüche, weil nicht die Möglichkeit besteht, die Stellung im Röntgenbild zu kontrollieren, weil der Apparat bei diesem Gelenk schwer anzulegen ist, und weil er Schmerzen bei der Extension bereitet.
Streissler (Graz).

Turner, G. Grey: A case of arthroplasty for bony anchylosis of the elbow joint, followed by a good result in spite of infection. (Fall von Gelenkplastik bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenkes; trotz Infektion gutes Resultat.) Edinburgh med. journ. Bd. **12**, Nr. 5, S. 432—436. 1914.

Kasuistische Mitteilung. Verf. rekonstruierte die Gelenkenden und transplantierte auf das Humerusende Fascia lata mit Fettgewebe. Der Verlauf wurde durch eine Absceßbildung an der Innenseite des Gelenkes gestört; Eröffnung desselben, Heilung durch Granulationsbildung. Frühzeitige fleißige Bewegungsübungen. Nach 2 Monaten konnte Patient sein Gelenk zwischen 90—180° frei bewegen und ca. ein halbes Jahr nach der Operation war die Beweglichkeit fast vollkommen. *Gergö* (Budapest).

Hilgermann: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Handerkrankung (Erkrankung der Sehnen der Hohlhand) und einer Gewalteinwirkung (Stoß mit einem Holzscheit gegen die Hand) verneint. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **20**, Nr. 10, S. 201 bis 203. 1914.

Der Fall betraf eine Frau, welche Holz verlud und beim Heben eines ziemlich leichten Holzstückes plötzlich einen stechenden Schmerz in der Hohlhand verspürt haben will. Hier war ein dicker derber Strang zu fühlen, und bei der Operation fand sich die oberflächliche 5. Beugesehne unterbrochen durch einen in der Höhe des 5. Metakarpalköpfchens vorhandenen erbsengroßen Knorpeltumors. Das angegebene Trauma war zu gering, um die Sehnenruptur zu bewirken, es hat die Krankheitserscheinungen nur ausgelöst bzw. zu deren Entdeckung geführt.
Grashey (München).

Untere Gliedmaßen:

Mouchet, Albert: Hanche à ressort. (Schnellende Hüfte.) Clin. prat. méd.-chirurg. et spéc. Jg **10**, Nr. 3, S. 64—68. 1914.

Verf. beschreibt auf Grund eines Falles ein in seinen Symptomen der „schnellenden Hüfte" ähnliches, jedoch im Grunde wesentlich verschiedenes Krankheitsbild, das bei oberflächlicher Untersuchung mit der schnellenden Hüfte häufig verwechselt wird. Das Wesen dieses Krankheitsbildes besteht darin, daß bei der Flexion des Oberschenkels ein Muskel- oder Fascienbündel unter Knarren an die Außenfläche des großen Trochanters anreibt. In Anbetracht der Ähnlichkeit beider Krankheitsbilder weist Verf. darauf hin, daß ihre Verwechslung in gewissen Fällen, z. B. Arbeiterversicherungsangelegenheiten von besonderer Bedeutung sein kann. *Béla Dollinger* (Budapest).

Arce, S.: Bemerkungen über die tuberkulösen Bursitiden der Hüfte. (*Sanat. Lozano, Zaragoza.*) Clin. moderna Jg. **13**, S. 249—253. 1914. (Spanisch.)

Mitteilung von 11 Fällen, die meistens operativ behandelt wurden, einige auch mit Injektionen in die Absceßhöhle. Nur bei einem der Fälle lag eine tuberkulöse Knochenerkrankung vor, ein tuberkulöser Herd am Trochanter. Die Heilung ließ lange auf sich warten. Verf. empfiehlt die Heliotherapie als stützendes Moment.
Lazarraga (Madrid).

Trinci, Ugo: Rottura sottocutanea del vasto interno della coscia. (Subcutane Zerreißung des M. vastus internus des Oberschenkels.) (*Arcisped. di S. Maria Nuova e stab. riuniti, Firenze.*) Arch. di ortop. Jg. **31**, Nr. 1, S. 194—197. 1914.

Seltener Fall. Der Muskelriß entstand beim Versuch, auf einen fahrenden Trambahnwagen aufzuspringen. Nach Muskelnaht Heilung mit Restitutio ad integrum. *Riedl.*

Fowelin, Harald: Ein Fall von Schußverletzung der Arteria und Vena femoralis durch zirkuläre Naht der Arterie und seitliche Naht der Vene geheilt. (*II. Stadtkrankenh., Riega.*) St. Petersb. med. Zeitschr. Jg. **39**, Nr. 10, S. 126—127. 1014.

Schußverletzung des linken Oberschenkels. ½ Stunde nach der Verletzung eingeliefert. Einschuß 3 Finger breit unterhalb des Spin. ant. sup.; kein Ausschuß. Linke untere Extremität völlig kalt und pulslos. Deutliches v. Wahlsches Gefäßgeräusch. Bei der Freilegung der Gefäße, welche nur nach Durchtrennung des Poupartschen Bandes gelingt, zeigt sich die Arteria fem. oberhalb des Abganges der A. prof. fem. in ⅔ ihrer Circumferenz, die Vena fem. in ½ ihrer Circumferenz durchtrennt. Wundränder der Vene stark ausgefetzt. Seitliche Naht der Vene; zirkuläre Naht des Arterienrohres nach Durchtrennung der kleinen hinteren Wandspange. Nach Anlegung einiger Umstechungen nach Entfernung der Gefäßklemmen steht die Blutung. Kein Tampon! Gefäßrohr pulsiert sofort. ½ Stunde nach der Operation Puls in der Art. dors. ped. angedeutet. Nach 13 Tagen geheilt entlassen. Puls in der Art. dors. ped. bei der Entlassung deutlich. — Das Resultat ist um so bemerkenswerter, als in diesem Falle wohl nur durch die Gefäßnaht das Bein gerettet werden konnte. Verf. empfiehlt die digitale Kompression der Rißstellen, welche die Gefäßwände wesentlich mehr schont wie das Fassen mit Instrumenten. *F. Kayser* (Cöln).

Kolepke: Spontanfrakturen nach Überanstrengungsperiostitis. (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 660—663. 1914.

Verf. berichtet zunächst über 2 Oberschenkelbrüche und 2 Unterschenkelbrüche, die alle infolge geringer Ursachen entstanden waren. Die beiden Oberschenkelbruchverletzten hatten bereits einige Wochen vorher über Schmerzen in den Beinen geklagt. Bei den beiden Unterschenkelbrüchen war vorher klinisch eine Periostitis festgestellt worden. Hierauf Bericht über weitere 16 Spontanfrakturen der unteren Extremität aus den Sanitätsberichten der Kgl. Preußischen Armee von 1900/08. Verf. berichtet ferner über einen eigenen Fall, einen Kanonier,

welcher sich beim Voltigieren im weichen Sande das linke Schienbein brach. Der Mann war 4 Wochen vorher einige Tage in Revierbehandlung gewesen. Das Röntgenbild zeigte zahlreiche periostitische Auflagerungen. Verf. ist der Ansicht, daß infolge der sich einstellenden Überanstrengungsperiostitis eine Schädigung des Knochens stattfindet. Entzündungen, welche in der Nähe des Knochens spielen, sind wohl in der Lage, den Knochen in seiner Ernährung zu stören und zu schädigen. Es kann durch entzündliche Thrombosen zu Gefäßverschlüssen kommen, das entzündete und ödematöse Periost schädigt Nervenfasern und Lymphströmung, der Knochen atrophiert. Kolepke glaubt an einigen Röntgenbildern auch eine Knochenatrophie nachweisen zu können. Als eine andere Ursache wären die Exerziererschütterungen anzusehen, welche eine Ostitis traumatica erzeugten, wodurch der Knochen in seiner Festigkeit geschädigt wird. Die Folge hiervon wäre akute Atrophie, Behinderung der Funktion und Schwellung des Periosts. Leistendorfs Überanstrengungsperiostitis wäre dann nur ein Symptom, die periostale Auflagerung nur ein Heilungsvorgang des geschädigten Knochens. *Grune* (Pillau).

Sinibaldi, Emanuele: Condilo femorale soprannumerario esterno per sublussazione patologica della rotula. (Überzähliger äußerer Femurkondyl infolge pathologischer Subluxation der Kniescheibe.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg., univ., Camerino.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **60**, Nr. 6, S. 263—266. 1914.

Nebenbefund an einem wegen tuberkulöser Erkrankung reseziertem Kniegelenk. Die Subluxation der Kniescheibe — nach außen — war durch frühzeitigen umschriebenen Destruktionsprozeß am Condylus externus entstanden. An der Stelle der neuen Auflagerung der Kniescheibe hatte sich dann ein breiter, mit Knorpel überzogener Knochenvorsprung, ein neuer „Condylus" gebildet. *Riedl* (Portorose bei Triest).

Osgood, R. B.: A method of osteotomy of the lower end of the femur in cases of permanent flexion of the knee-joint. (Eine Methode der Osteotomie am untern Femurende bei Flexionscontractur des Knies.) (*Massachusetts gen. hosp., Boston.*) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 336—346. 1913.

Das Verfahren ist nur dort indiziert, wo über die Contractur hinaus eine gewisse Beweglichkeit besteht. Schnitt auf Außen- und Innenseite des Oberschenkels, Aussägen eines Keiles aus dem Femur mit einer Laubsäge unter Schonung des oberen Recessus; die Scheide des Keils sieht nach hinten. Geradstellung des Beins, wenn nötig, mit Tenotomie der Beugesehnen, Gipsverband, Heilung in 4—6 Wochen. Bericht über 4 günstige Fälle. *Magnus* (Marburg).

Werjoffkin, M. D.: Ein Fall von Luxatio anterior des Kniegelenkes. (*Stadtkrankenhaus in Kowno.*) Wojenno-Medizinski Journal (Militärärztl. Zeitschr.) Bd. **239**, H. 5, S. 31—35. 1914. (Russisch.)

Trotz eingetretener Peroneuslähmung allmähliche, aber vollständige Wiederherstellung der Funktion des Kniegelenkes. *Stromberg* (St. Petersburg).

Shands, A. R.: Havy braided silk used to replace a destroyed patella tendon. (Ersatz des zerstörten Ligamentum patellae durch stark gedrehte Seide.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 2, S. 31—33. 1914.

Shands beschreibt den Fall eines 20jährigen jungen Mannes, der durch einen Beilhieb eine Durchtrennung des Ligamentum patellae mit Eröffnung des Kniegelenks erlitt. Die Sehne wurde sogleich mit Catgut genäht und eine Schiene an die Beugeseite des Kniegelenks gelegt. Als 3 Wochen später die Schiene entfernt wurde, knickte der Verletzte mit dem Knie ein, die Naht riß und es schloß sich eine Eiterung sowohl der oberflächlichen Wunde wie des Kniegelenks an. Als Verf. den Patienten $3^1/_2$ Monate nach der Verletzung sah, war der Entzündungsprozeß abgelaufen, nur es bestand eine wenig sezernierende Fistel des Kniegelenks. Das Gelenk wurde mittels ausgedehnten Bogenschnittes freigelegt, die Granulationsmassen sowie einzelne Knorpelstückchen entfernt und das Gelenk mit Catgut verschlossen. Die stark nach oben dislozierte Patella wurde nun heruntergezogen und der zwei querfingerbreite Defekt des Ligaments durch drei gedrehte Seidenfäden ersetzt, die durch Bohrlöcher der Patella hindurchgezogen waren und von denen die beiden äußeren an der Tuberositas tibiae resp. an dem Rest des Ligaments, der mittlere an der Vorderfläche der Tibia etwas oberhalb der Tuberositas durch den Knochen hindurch fixiert wurden. Die Hautwunde schloß Verf. außer einer kleinen Drainage vollständig. Die Heilung der Wunde kam glatt zustande, die Seidenfäden heilten ein und wie ein Bericht 1 Jahr nach der Operation ergibt, kann der Verletzte wieder normal gehen und das Gelenk bis zum rechten Winkel beugen. *Creite* (Göttingen).

Corben, Charles: Schlatter's disease. With report of case in a child of 9. (Schlattersche Krankheit. Mit Bericht über einen Fall von 9 Jahren.) Practitioner Bd. **92**, Nr. 4, S. 591—593. 1914.

Im Anschluß an einem beobachteten Fall von Schlatterscher Krankheit in dem ungewöhnlich frühen Alter von 9 Jahren Überblick über Literatur, sowie Ursache und Behandlung dieser Krankheit. *Kaerger* (Kiel).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 4 S. 177—256

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Jurewitsch, W., u. N. Rosenberg: Zur Frage der Durchwaschung des Blutes außerhalb des Organismus und über die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen. (*Klin. f. Infektionskrankh. d. Prof. Jurewitsch, Milit. Med. Akad., St. Petersburg.*) Russky Wratsch **13**, Nr. 18, S. 637—640. 1914. (Russisch.)

Einer Reihe von Kaninchen wurde Blut in einer Menge, die ungefähr die Hälfte des gesamten Blutquantums ausmachte, aus der Carotis entnommen, das Blut durch die üblichen Methoden am Gerinnen verhindert und die roten Blutkörperchen zentrifugiert und mehrfach mit Kochsalzlösung durchspült. Gleich nach der Blutentnahme wurde der Flüssigkeitsverlust durch Infusion von reiner Kochsalzlösung ersetzt. Die roten Blutkörperchen wurden 1 Stunde und später in Kochsalzlösung aufgeschwemmt in die Ohrvene injiziert, wobei das halbe Quantum des entnommenen Blutes durch Kochsalzlösung ersetzt wurde. In einer weiteren Reihe von Versuchen wurde noch eine zweite Blutentnahme vorgenommen, wobei $^1/_4$ der gesamten Blutmenge abgelassen wurde. Während die Kontrolltiere, denen nur Kochsalz injiziert wurde, bei der zweiten Blutentnahme regelmäßig unter Dyspnöe zugrunde gingen, blieben die Versuchstiere, denen die roten Blutkörperchen wieder einverleibt worden waren, am Leben. Sie vertrugen die Infusion ohne Temperaturanstieg und ohne größeren Körpergewichtsverlust. Die Zahl der roten Blutkörperchen fiel um 1—2 000 000, um sich in den nächsten Tagen auszugleichen. Der Hb-Gehalt wies keine merklichen Schwankungen auf. Verff. kommen zum Schluß, daß auch bei der noch unvollkommenen Versuchsanordnung nur ein geringer Teil der roten Blutkörperchen zugrunde geht. Die meisten blieben erhalten und lebensfähig und sind, wieder in die Blutbahn eingeführt, fähig ihre Funktionen auszuführen und das Leben des Organismus zu unterhalten. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Wybauw, R.: Quelques expériences relatives à la circulation artérielle. (Einige Experimente über die arterielle Zirkulation. Vorläufige Mitteilung.) (*Laborat. de physiol. univ., Bruxelles.*) Ann. et bull. de la soc. roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles Jg. **72**, Nr. 5, S. 114—122. 1914.

Vorläufige Mitteilung über experimentelle Nachprüfung der Theorie von Hazebrock: Die Pulswelle löst beim Eintreffen in der Arterie eine aktive Kontraktion der Arterienwand aus hervorgerufen durch die starke Sensibilität des Endothels, meßbar am Galvanometer. Die Experimente sind ausgeführt mit dem von H. angegebenen Apparat, der unwesentlich modifiziert ist; in welchen bei einigen Experimenten Aortenrohr des Kaninchens eingefügt ist. Auf der sphygmographischen Kurve sieht man zunächst ein Maximum beim Eintreffen der Pulswelle, dem ein Minimum folgt, welches beim Aufhören der Pulswelle einer Ruhepause Platz macht, in der der innere Druck der Flüssigkeit sich mit der Elastizität des Gefäßrohres und der aktiven Contractilität des Gefäßes die Wage halten. Während es nicht leicht ist, medikamentös etwaige Ausfälle der Elastizität zu beeinflussen, gelingt dies hinsichtlich des aktiven Muskeltonus der Gefäßwand und zwar durch Suprarenin und Morphium. *Coste* (Magdeburg).

Horsley, J. Shelton: Surgical repair of blood-vessels, its technique, its uses, and limitations. (Chirurgie der Blutgefäße: Technik, Anwendung und Grenzen derselben.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 536—545. 1914.

Verf. beschreibt an der Hand von mehreren Abbildungen in detaillierter Weise seine Technik der End- zu End-Gefäßnaht, wobei er sich eines gekrümmten Stabes bedient und an diesem die 3 Haltefäden so anbringt, daß ein gleichmäßiger Zug an allen ausgeübt

wird. Unter möglichster Evertierung der Intima werden dann die Ränder der Gefäßstümpfe mittels doppelter Matrazennaht (Schusternaht) miteinander vereinigt. Nach der Durchtrennung des Lumens werden die Gefäßränder mit Vaseline betupft, um ein Austrocknen der Intima zu verhüten. Kochsalzlösung findet keine Anwendung wegen der Erhöhung der Gerinnung. Anwendung der Gefäßnaht: 1. bei Verletzungen, 2. bei Resektion größerer Blutgefäße, die in maligne Tumormassen eingebettet sind, 3. beim Aneurysma, 4. bei Bluttransfusion. Grenzen der Blutgefäßchirurgie: Heteroplastik ist unmöglich, transplantierte Organe gehen auf die Dauer zugrunde. Homoiotransplantation eines Blutgefäßes beim Tiere gelingt. *Jurasz* (Leipzig).

Rau, Erich: Die Gefäßversorgung der Sehnen. (*Anat. Inst., Univ. Leipzig.*) Anat. Hefte Bd. **50**, H. 3, S. 679—693. 1914.

Da die Wollenbergsche Untersuchung mit 50proz. Quecksilber-Terpentinemulsion die feineren Gefäßverzweigungen wegen der zu dickflüssigen Lösung nicht berücksichtigt, Arai mit japanischer Tusche andererseits auch eine Injektion der Kapillaren erhielt, untersuchte Rau auf Anregung von Spalteholz die Gefäßversorgung der Sehnen aufs neue mit dem Spalteholzschen Aufhellungsverfahren und glaubt mit einer auf 38—40° C erwärmten Mischung aus zwei Teilen 15proz. Gelatinelösung, einem Teil feinsten Zinnobers mit Zusatz einer geringen Menge von Berliner Blau (wegen der dem Zinnober fehlenden aktinischen Strahlen) eine die oben genannten Nachteile nicht besitzende Methode verwandt zu haben. Er hat besonderen Wert gelegt auf den Vergleich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen, und dabei wichtige Differenzen gefunden. Bei Personen bis ungefähr zum 25. Jahre findet eine doppelte Blutgefäßversorgung statt, eine innere von längs verlaufenden Arterien, die teils aus dem Muskel, teils aus dem Periost der Ansatzstelle entspringen, und eine äußere von den Gefäßnetzen des Peritenonium externum entspringend, aus rechtwinklig in die Sehne eintretenden, miteinander und mit den Ästen der ersteren Versorgung anastomosierenden Ästchen bestehend. Bei Personen über 30 Jahren fehlen die längsgestellten Gefäße und bleiben nur wenige kurze perforierende Äste aus dem Peritenonium übrig, während das Innere der Sehne gefäßarm ist. Die starke Reduktion der Sehnengefäße nach Abschluß des Wachstums glaubt Rau auch ursächlich auf die mit dem Abschluß des Wachstums aufhörenden Bedürfnisse nach der Zufuhr bestimmter im Blut zirkulierender Stoffe zurückführen zu können, mit deren Wegfall gleichzeitig ein Reiz auf die Gefäßwand aufhört, der zur Erhaltung der Gefäße notwendig ist. Vom theoretischen Standpunkte aus müßten die Sehnen Jugendlicher für Plastik, Transplantation und Tenotomie günstigere Heilungsbedingungen bieten, als die Erwachsener über 30 Jahre. In der Literatur sind einstweilen Beweise für diese Vermutung nicht vorhanden. *Sievers* (Leipzig).

Meigs, Edward B.: Ob die Fibrillen der quergestreiften Muskeln ihr Volumen während der Kontraktion verändern? Hürthles Ergebnisse und ihre Auslegung. (*Wistar-Inst. f. Anat. u. Biol., Philadelphia.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **158**, H. 1/2, S. 92—99. 1914.

Kleinschmidt, O.: Experimentelle Untersuchungen über den histologischen Umbau der frei transplantierten Fascia lata und Beweis für die Lebensfähigkeit derselben unter Heranziehung der vitalen Färbung. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 4, S. 933—954. 1914.

K. verwertet bei seinen Untersuchungen, die das histologische Verhalten frei transplantierter Fascienstücke zum Gegenstande haben, den Umstand, daß bei der vitalen Färbung im normalen, lebenskräftigen Bindegewebe nur die Pyrrholzellen den Farbstoff annehmen, während im geschädigten Bindegewebe eine diffuse Färbung eintritt. Seine Versuchsanordnungen sind derartig, daß er bei Kaninchen Stücke der Fascia lata frei transplantiert und sie nach Vornahme der vitalen Färbung nach verschieden langen Zeiten untersucht. Die Fascienstücke werden entweder in ihrer Längsrichtung in einen vollständigen Defekt des M. quadriceps eingespannt oder in ihrer Querrichtung in einen solchen Defekt eingefügt, der ohne jede funk-

tionelle Beanspruchung unter die Haut transplantiert. K. kommt dabei zu folgenden Hauptresultaten: 1. Die Fascie bleibt am Leben, es finden sich in ihr keine diffus gefärbten Zellabschnitte oder Zellen. 2. Die Fascie wird durch funktionelle Beanspruchung im Sinne der Zugrichtung umgebaut. Der Umbau beginnt nach etwa vier Wochen. 3. Beim Überbrücken von Defekten am Bewegungsapparat empfiehlt es sich, die Fascie in ihrer Längsrichtung einzufügen, da die sehnigen Längsbündel am kräftigsten sind, zentral gelegen sind und dem Umbau am längsten widerstehen. Auch die zahlreichsten und stärksten elastischen Fasern verlaufen in dieser Richtung.

Kirschner (Königsberg i. Pr.).

Hunt, E. Henderson: Drainage by suction. (Drainage durch Absaugung.) Lancet Bd. **186**, Nr. 23, S. 1626. 1914.

Durch Abfluß von Wasser aus einer geschlossenen Blechtrommel in eine tiefer stehende wird die zu entfernende Körperflüssigkeit in ein zwischen Wunde und erste Trommel eingeschaltetes Gefäß permanent abgesaugt. Die Vorrichtung hat sich als sehr nützlich erwiesen bei suprapubischer Cystostomie, Leberabsceß und Thoraxempyem. *Ziegwallner* (München).

Cooke, A. B.: The prevention of surgical shock and postoperative pain. (Die Verhütung des chirurgischen Schocks und des postoperativen Schmerzes.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 23, S. 1777—1779. 1914.

Verf. empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen die von Crile inaugurierte Behandlungsmethode, welche den Namen „Anoci assoziation" erhalten hat, zur Vermeidung des postoperativen Schocks und Wundschmerzes. Die Grundprinzipien der „Anoci-association-Stellung" sind: 1. Die subcutane Einverleibung von Morphin-Scopolamin $1^1/_2$ Stunde vor der Operation. 2. Der Gebrauch von Stickoxydul und Sauerstoff zur Allgemeinnarkose. 3. Die vollständige Blockierung des Operationsgebietes durch Infiltration mit Novocain. 4. Da die lokalanästhetische Wirkung des Novocains bald schwindet, wird noch ein in seiner schmerzstillenden Wirkung bis 72 Stunden anhaltendes Mittel in die verletzten Gewebe, welche mit sensiblen Endorganen versehen sind, infiltriert, und zwar Chinin und salzsaurer Harnstoff (Ureahydrochlorid). Verf. fügt als fünftes noch die Darreichung von Kalomel ein bis anderthalb Tage nach der Operation hinzu, um die durch Gasansammlung im Darm hervorgerufenen Beschwerden zu beseitigen. Neben der aus rein menschlichen Gründen hochzubewertenden völligen Schmerzverhütung habe die Anwendung der Anoci-association auch die Sterblichkeit von 1,9 auf 0,8% durch Vermeidung des Schocks herabmindern können.

Hartert (Tübingen).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Esch, Alois: Bactericide Wirkungen der Leukocyten. (*Hyg. Inst., Univ. Bonn.*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **77**, H. 3, S. 389—435. 1914.

In einer größeren Versuchsreihe hat Verf. die Frage zu klären versucht, worauf die Immunität des tierischen Organismus besteht, ob Phagocytenwirkung oder Wirkung der Serumalexine. Die Versuche wurden mit lebenden und abgetöteten Leukocyten ausgeführt und als Aufschwemmungsflüssigkeiten 1. aktives, 2. inaktives Serum, 3. Kochsalzlösung und 4. Nährbouillon benutzt. Die Bakterien lassen sich in zwei große Gruppen einteilen: 1. solche, die der bactericiden Wirkung des Serums unterliegen und 2. solche, die ihr widerstehen. Die ersten sind gleichzeitig die gramnegativen, die zweiten die grampositiven. Die bactericide Kraft des Serums wurde für die 1. Gruppe durch Leukocytenzusatz mehr oder weniger abgeschwächt, für die zweite verstärkt. Hierbei ist ihre Wirkung im aktiven Serum am größten. Die Wirkung des Leukocytenzusatzes erfolgt aber nicht gesetzmäßig, sondern ist von allen möglichen Faktoren abhängig. Die Leukocyten wirken auch im Reagensglas meist bactericid. In einzelnen Fällen tritt eine gegenseitige Hemmung der Alexinwirkung durch die Leukocyten bzw. der Leukocytenwirkung durch das Serum ein. Die Leukocytenwirkung ist dabei sicher nicht nur eine vitale, da auch die abgetöteten eine gewisse Wirkung besitzen.

Kleinschmidt (Leipzig).

Kadján, A. A.: Streptokokkenerkrankungen in der Chirurgie. (*Chirurg. Klin. d. Prof. Kadján, Med. Hochsch. f. Frauen, St. Petersburg.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa Bd. **30**, H. 2, S. 208—226. 1914. (Russisch.)

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 4, S. 663.

Bondy, Oskar: Zur Frage der lokalen und allgemeinen Behandlung septischer Erkrankungen. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 25, S. 1270—1271. 1914.

Bondy hat keine eigenen Erfahrungen mit dem von Rosenstein zur Behandlung septischer Prozesse empfohlenen Argatoxyl gemacht. Er unterzieht die von Rosenstein in der Deutschen med. Wochenschr. Nr. 16 und 17 mitgeteilten Fälle einer Kritik und kommt zu dem Schluß, daß dem Argatoxyl eine für die Genesung entscheidende Rolle nicht zukommt. *Eugen Schultze* (Berlin).

Rosenstein, Paul: Zur Frage der lokalen und allgemeinen Behandlung septischer Erkrankungen. Erwiderung auf den Aufsatz des Herrn Bondy. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 25, S. 1271—1272. 1914.

Hitchens, A. Parker: Current developments and problems in vaccine therapy. (Entwicklung und Probleme in der Vaccinetherapie.) Interstate med. journ. Bd. 21, Nr. 5, S. 537—555. 1914.

Das Bestreben moderner Autoren geht besonders dahin, die Vaccinetherapie durch Darstellung geeigneter Impfstoffe zu verbessern. Es kommt darauf an, das Antigen in einer möglichst reinen Form zu erhalten, und unter möglichster Vermeidung lokaler und allgemeiner Reaktionen schnelle und ausgiebige Heilwirkung zu erzielen. Zu diesem Ende sind die verschiedensten Wege, abgesehen von der alten Wrightschen Methode der Erhitzung, eingeschlagen worden: Verwendung peptonfreier Nährböden, um störende Peptonreizungen zu vermeiden; Anwendung gewaschener Bakterien; Gewinnung von bakteriellen Nucleoproteinen durch Extraktion mittels chemischer Substanzen; bakterielle Splitter; Bakteriendigeste (z. B. durch Pankreatin). Allen diesen Methoden ist vorzuwerfen, daß sie die Bakterien in ziemlich differenter Weise verändern. Beim Arbeiten mit Bakterienautolysaten und -digesten ist auch mit einer ziemlichen Giftwirkung des Materials zu rechnen. Schonender und zugleich wirksamer scheint die Verwendung sensibilisierter Bakterien zu sein, d. h. solcher Bakterien, welche durch vorherigen Kontakt mit ihrem Immunserum für den Körper „aufgeschlossen" werden. Am meisten zu empfehlen ist wohl die Methode von Besredka, bei welcher das nicht gleichgültige Immunserum durch Zentrifugieren herausgeschafft und durch Kochsalz ersetzt wird. Bei der großen Differenz bakterieller Wirkung ist es nicht angebracht, in der Herstellung der Vaccins zu schematisieren. In gewissen Fällen ist die sog. Autoserotherapie der Injektion von Vaccinen vorzuziehen, besonders natürlich dann, wenn es nicht gelingt, den oder die pathogenen Erreger zu isolieren. Die letztere Schwierigkeit ist überhaupt oft sehr groß und erfordert die ganze Aufmerksamkeit der Bakteriologen. Ist man irgendwie im Zweifel, so soll man lieber ein gemischtes Vaccin anwenden. Letzteres kommt auch als Prophylakticum vor Operationen in Frage, bei denen man Infektionen mit bestimmten Mikroorganismen befürchtet. Schließlich muß mit Wright betont werden, daß eine Erhöhung der Schutzstoffe durch Vaccineinjektionen allein nicht genügt. Es muß stets auch für gute lokale Zirkulationsverhältnisse gesorgt werden, damit die gebildeten Antikörper auf den Krankheitsherd gut einwirken können. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Braun, W.: Weiterer Beitrag zur Frage der Diphtheriebekämpfung und Diphtherieprophylaxe. (*Städt. Krankenh. i. Friedrichshain, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 23, S. 1166—1168. 1914.

Im Jahre 1913 sind in Berlin mehr Kinder an Diphtherie als an Masern und Scharlach zusammen gestorben. Verf. führt diese Tatsache zurück auf die Außerachtlassung der Schutzmaßnahmen und auf die verspätete Anwendung der Heilserumbehandlung. Die Analyse des Materials vom Verf. ergibt, daß 1911/12 viele akut verlaufende Fälle trotz früher Serumbehandlung kamen, daß seit Frühjahr 1912 die Zahl der trotz Serum-Frühbehandlung Gestorbenen verschwindend klein ist. Während der wenigen Monate, wo die Mortalität größer ist und wo das erkrankte Individuum

auch durch frühzeitige Serumbehandlung nicht immer vor dem Tode zu schützen ist, sollte die Schutzimpfung der exponierten Individuen und die Isolierung der Erkrankten besonders scharf und energisch durchgeführt werden. Die Schutzimpfung mit Behrings Antitoxinserum (300—600 I.-E.) wurde bei 2218 Personen durchgeführt, nur 36 erkrankten später an leichten Erkrankungen mit 4 Todesfällen gegenüber 30—35%, d. h. 10—15 so viel späteren Erkrankungen in nicht prophylaktisch gespritzten Familien. Die Schutzimpfung ist ungefährlich. Auf der Abteilung des Verf. wurden vom 1. April 1909 bis 30. September 1911 **43** Todesfälle bei einer Zahl von 1696 Fällen, vom 1. Oktober 1911 bis 31. März 1914 bei 2001 Aufnahmen nur **23** Todesfälle konstatiert. Verf. führt diese Besserung auf die mehr und mehr einsetzenden Bekämpfungsmaßnahmen zurück. *Monnier* (Zürich).

Lehmann, P.: Über das Vorkommen virulenter Tuberkelbacillen in strömendem Blut bei Kindern. (*Akad. Kinderklin., Düsseldorf.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **30**, H. 3, S. 477—491. 1914.

Methodik: 1 resp. 2 ccm Blut aus Vene entnommen, sofort in steriles Reagenzglas mit 0,9 resp. 1,8 ccm sterilen destill. Wassers, dann mit 0,85 resp. 1,7 ccm einer 10 proz. NaCl-Lösung wieder isotonisch gemacht und Meerschweinchen intraperitoneal eingeimpft.

Zur Untersuchung kamen 104 Fälle von tuberkulösen Kindern (70 Fälle „okkulter Tuberkulose", 10 Fälle von Lungen- und Pleuratuberkulose, 4 Fälle von Darm- und Bauchfelltuberkulose, 7 Drüsen-, 6 Knochen- und Gelenks-, 2 generalisierte Tuberkulosen, 2 Fälle von Meningitis tuberculosa, 3 Fälle von Skrofulotuberkulose). Die Tierversuche ergaben nur 6 positive Resultate, die übrigen 98 Tiere erwiesen sich bei der Sektion frei von tuberkulöser Infektion. Die 6 positives Resultat liefernden Fälle waren teils leichter, teils schwerer Art. Verf. erklärt, daß es gänzlich ohne Belang ist, um welche Form und um welches Stadium der Tuberkulose es sich handelt, wenn ein positiver Tierversuch das Bestehen einer Bacillämie beweist; denn bei 2 Fällen von Meningitis tuberculosa und 1 Fall von generalisierter Tuberkulose, in welchem das Vorhandensein von Tuberkelbacillen im Blut sicher erwartet worden wäre, fiel der Tierversuch negativ aus; unter den Fällen von Drüsen-, Darm- und Bauchfelltuberkulose ergab kein einziger, unter 10 Lungenphthisen nur 1 Fall ein positives Resultat. — Der Nachweis säurefester Stäbchen im Blutausstrich beweist überhaupt nichts, denn diese Stäbchen sind meist keine Kochschen Bacillen; dem positiven Tierversuch kommt eine diagnostische oder prognostische Bedeutung nicht zu. *Hegler* (Hamburg).

Dacosta, John Chalmers: The causal relation of traumatism to tuberculosis. (Kausaler Zusammenhang von Trauma und Tuberkulose.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 909—929. 1914.

Hinweis auf die sich noch vielfach widersprechenden Anschauungen über die Bedeutung des Traumas für die Entwicklung der Tuberkulose. Verf. führt an der Hand klinischer und pathologisch-anatomischer Tatsachen den Beweis, daß ein unabweisbarer Zusammenhang zwischen der Tuberkulose verschiedener Organe und Trauma besteht, wobei das Trauma oft nur geringfügig sein kann und präexistierende Tuberkulose des befallenen Organs nicht unbedingt notwendig ist. *Strauß* (Nürnberg).

Maragliano, E.: La vaccinazione preventiva per immunizzare l' uomo contro la tuberculosi. (Präventivimpfung zur Tuberkuloseimmunisierung des Menschen.) Riv. internaz. di clin. e terap. Jg. **9**, Nr. 10, S. 185—196. 1914.

Kurze Übersicht über die bisherigen bis 1895 zurückgehenden Arbeiten des Verf. über die Vaccination gegen Tuberkulose, die bei Tieren sich durch subcutane Einverleibung abgetöteter Tuberkelbacillen mit absoluter Sicherheit erreichen läßt. Zur Vaccination beim Menschen werden hochvirulente Bacillen verwendet, die durch fraktioniertes 3maliges Erhitzen auf 80° abgetötet werden und im Mörser mit 2 Teilen Glycerin verrieben werden. Das Vaccin wird analog der Pockenlymphe unter die Haut gebracht, auf der sich entsprechend der Wunde eine Pustel bildet, die ulceriert und im Verlaufe einiger Wochen zur Heilung kommt. In 10% der Fälle schwellen die Drüsen an. Viel-

fach kommt es zur Temperatursteigerung (38°), die jedoch nur einige Tage dauert. Agglutinine, Präciptine und opsonischer Index zeigen Steigerung und Vermehrung. Irgendwelche Schädigungen zeigten sich nicht, dagegen ließ sich ein günstiger Erfolg in der Weise feststellen, daß eine Reihe disponierter Individuen, die zum Teil hereditär belastet waren, nach der Impfung gesund blieben. *Strauß* (Nürnberg).

Kirmisson: Manifestations de la tuberculose chez les jeunes enfants. (Die Äußerungen der Tuberkulose bei kleinen Kindern.) (*Hôp. des enfants-malad., Paris.*) Progr. méd. Jg. **42**, Nr. 23, S. 267—270. 1914.

An der Hand eines 13monatigen Kindes mit Spina ventosa, Scheitelbein- und Hodentuberkulose bespricht Verf. Häufigkeit, Verlauf und Differentialdiagnose dieser Erscheinungen. Die Behandlung hat in den beiden ersten Lebensjahren eine möglichst konservative zu sein. Günstige Erfolge sah Verf. von der Heliotherapie, Injektion von Jodoformäther und Ignipunktur. Von größeren operativen Eingriffen (Resektion, Kastration) in diesem Alter wird dringend abgeraten. *v. Khautz* (Wien).

Strauss, A., und Fr. Miedreich: Die Grundsätze einer rationellen Behandlung der Hauttuberkulose unter besonderer Berücksichtigung des Lecutyls. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. Bd. **120**, H. 1, S. 149—167. 1914.

Von den von den Verff. aufgestellten Anforderungen an ein Tuberkulose-Heilmittel, nämlich der Unschädlichkeit, Schmerzlosigkeit und chemotherapeutischen Wirkung, genügt das Lecuthyl der zweiten Forderung nicht vollkommen. Es entwickelt bei örtlicher Anwendungsweise eine intensive, anfangs schmerzhafte Ätzwirkung, die elektiv das tuberkulöse Gewebe zerstört. Die von der Allgemeinbehandlung durch Injektion, Inunktion und Gaben per os erwartete chemotherapeutische Wirkung ist vorhanden, steht aber erheblich hinter der lokalen Ätzwirkung zurück. Mit der Lecuthylbehandlung haben wir nach Ansicht der Verff. ein für die Allgemeinpraxis brauchbares ätiologisches Heilverfahren der Hauttuberkulose gewonnen. 9 Krankengeschichten, 18 Abbildungen. *Jüngling* (Tübingen).

Armand-Delille, P. F.: Héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Le traitement hélio-marin de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose coecale. (Sonnenbehandlung am Meer von abdominaler Tuberkulose — insonderheit des Peritoneums und Coecums.) Pédiatr. prat. Jg. **12**, Nr. 17, S. 286—293. 1914.

Indikation: Tuberkulöser Ascites ohne Eiterung und Fieber, Peritonitis caseosa mit Knotenbildung, fibrosa, die sekundäre Tuberkulose vom Darm her, sowie die lokalisierte im Becken im Zusammenhang mit den Adnexen oder von der Appendix ausgehend. Kontraindikation: Fälle mit hohem Fieber oder im Stadium akuter Exacerbation und schließlich Fälle, die mit anderer Tuberkulose kompliziert sind. Zu den Fällen mit Fieber sind indes nicht diejenigen zu rechnen, wo subfebrile Temperatur ist oder Temperatur bis annähernd 39° solange morgens Remissionen. Art der Anwendung: Zunächst muß Gewöhnung an das Klima eingetreten sein und eine gewisse Abhärtung. Die Behandlung soll grundsätzlich eine allgemeine sein in steigender Dosis, der eine lokale vorauszugehen hat: 1. Tag 2 oder 3 Sitzungen von 5 Minuten auf Fuß und Arm. In den nächsten Tagen Arm und Unterschenkel und so fort, bis der Bauch bestrahlt wird und schließlich etwa nach 14 Tagen der ganze Körper. — Der Kopf ist stets zu schützen wegen Gefahr des Sonnenstiches. Resultate: Verschwinden der Schmerzen, Sinken der Temperatur, Steigerung des Appetites, Hebung des Allgemeinzustandes. Im einzelnen: Hochgradiger Ascites ist gut vorher zu punktieren. Heilung in 3—4 Monaten, während die anderen Formen 6 bis 12 Monate mindestens brauchen. Am längsten Zeit wird gebraucht für die fibröse Form, weil es sich schon um ältere Individuen handelt. Bei den Darmtuberkulosen treten nicht selten durch die Heilung Darmstenosen auf durch Narbenbildung, die dann unbedingt operativ zu behandeln sind. *Coste* (Magdeburg).

Audion Pierre: L'héliothérapie marine locale dans les tuberculoses chirurgicales à l'hôpital Bouville à Berck-sur-Mer. (Die Behandlung der chirurgischen

Tuberkulosen mit Sonnenbestrahlung im Krankenhause Bouville bei Berck-sur-Mer). Clinique (Paris) Jg. 9, Nr. 22, S. 341—345. 1914.

Verf. erzielte durch den beständigen Aufenthalt der Kranken in frischer Meerluft, durch ausgedehnte, lokale Sonnenbestrahlung in Verbindung mit zweckmäßiger chirurgischer Behandlung bemerkenswerte Erfolge bei chirurgischen Tuberkulosen, besonders bei offenen, fistulösen Formen. *Deus* (Zürich.)

Gaujoux, Em.: L'héliothérapie marine au congrès de Cannes. (Die Heliotherapie am Meere im Kongresse von Cannes.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. 18, Nr. 11, S. 357—370. 1914.

Die marinen Eigenschaften der Meeresluft unterstützen sehr wesentlich die Sonnenkur. Bei der Tuberkulose erzielt man so gute Resultate, daß Operationen kaum mehr nötig sind. Sehr gute Resultate wurden erzielt bei torpiden Geschwüren: Unterschenkelgeschwüre, Fisteln, weichen Schankern usw. Ferner bei Adnexitis und Perimetritis. Die mediastinale Drüsentuberkulose geht meist rasch zurück, ebenfalls die Peritonealtuberkulose. Gute Resultate wurden verzeichnet bei der Nierentuberkulose, bei Albuminurie, Cystitis und Prostatitis. Ganz besonders wirksam ist die marine Sonnenkur bei der Amenorrhoe. Der Lupus wurde verschiedene Male radikal geheilt. Bei der Lungen-Pleuratuberkulose sind nur gute Resultate erzielt worden, wo die Krankheit einen langsamen apyretischen Gang verzeichnete. Die Arbeit schließt mit den bekannten Postulaten der Sonnentherapie. *Monnier* (Zürich).

Mühsam, R., und E. Hayward: Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel bei chirurgischer Tuberkulose. (*Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Therap. d. Gegenw. Jg. 55, H. 6, S. 258—266. 1914.

Verff. haben 15 Fälle von chirurgischer Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel behandelt. — 5 Kinder, 10 Erwachsene (Alter 5—44 Jahre). — Bis auf einen Fall waren es niemals schwerste Formen mit ungünstiger Prognose. Alle Patienten wurden stationär behandelt. Wo schon andere Behandlung eingeleitet, wurde dieselbe fortgesetzt neben den Injektionen. — Injektion im allgemeinen streng nach Vorschrift. — Behandelt wurden 4 geschlossene Tuberkulosen (Fuß-, Knie- und Hüftgelenk- je 1 mal und 1 Peritonealtuberkulose), 11 offene Tuberkulosen (Lymphome, fist. Knochentbk. an Rippen, Fußgelenk, 3 mal Hüftgelenk, Wirbelsäule, multiplen Knochen und 1 mal fistulöse Appendicitistbk.). — In 4 Fällen Heilung; nach der Ansicht der Verff. ist die anderweitige Behandlung die Ursache der Heilung. Einmal Besserung bei Peritonealtuberkulose durch Bauchfistelbildung und Ascitesablauf. 10 mal aber keinerlei nachweisbare Beeinflussung. Verlauf so, wie man es auch ohne das Mittel vermutete. — Exitus im Anschluß an die Injektion des Mittels trat nicht ein. An Nebenerscheinungen bemerkten Verff. einmal im Ampulleninhalt Streptokokken. Die Injektion dieser Ampulle hatte 4 Tage lang hohes Fieber verursacht. — Reaktion auf den Körper immer recht schwer (Temperatur bis 40°, erhebliche Störung im Allgemeinbefinden), keine Lokalreaktion, 3 mal aber schwere organische Schädigungen (hämorrhagische Nephritis 4 Tage lang, Durchfälle 5 Tage lang, Impetigoartiges Ekzem. Verf. lehnen nach diesen Resultaten das Mittel für chirurgische Tuberkulosen ab. Zum Schluß Auszug der 15 Krankengeschichten.

Hesse (Greifswald).

Karewski, F.: Erfahrungen über die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel. Erfahrungen über 50 Fälle von chirurgischer Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Jg 51, Nr. 22, S. 1034—1038 u. Nr. 23, S. 1069—1074. 1914.

Die Diagnose wurde womöglich durch Bacillenbefund und Pirquet erhärtet, bei Erwachsenen wurde auch die Wassermannsche Reaktion gemacht. Das Friedmannsche Mittel bedingt eine Reaktion, Schüttelfröste, Delirien, Gewichtsabnahme, welche als gefährlich aufzufassen ist. Nur bei einem Patienten (geschlossene Handgelenkstuberkulose) trat nach 3 Einspritzungen Besserung auf. Die Endresultate waren gleich Null. Keine andere Behandlung leistet weniger als die Friedmannsche. Das Injektionsinfiltrat zeigte öfters Abscedierung, ließ aber sonst nichts Gesetzmäßiges erkennen. Das Friedmannsche Verfahren bedeutet keine

Bereicherung unserer Therapie und darf niemals als Ersatz für andere Methoden betrachtet werden. *Hotz* (Freiburg).

Russell, B. R. G.: Drei bemerkenswerte Fälle von Lymphogranulomatose. (*Pathol. Inst., Univ. Leipzig.*) Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 58, H. 3, S. 516—553. 1914.

Fall 1. 28jähriger Mann. $3^1/_2$ Jahre vor dem Tode plötzlich Schwellung der rechten Halslymphdrüsen, lange stationär, dann Wachstum mit Allgemeinsymptomen, Anämie und Kachexie, mehrfache Remissionen auf Röntgen- und Arsenbehandlung. Bei der Sektion allgemeine Lymphdrüsen-Milzerkrankung. Kompression des Ductus thoracicus mit Chylusstauung. Typisches Granulomgewebe mit Eosinophilie, stellenweise mit überwiegenden Riesenzellen. — Fall 2. 26jähriger Mann. Allgemeine Lymphogranulomatose, Beginn in den Inguinaldrüsen, leichtes Fieber, neutrophile Hyperleukocytose, großer kugeliger Tumor oberhalb des Nabels, unstillbares Erbrechen. Bei der Sektion fand sich neben der Erkrankung der meisten Lymphdrüsen und der Milz ein aus vielen Knoten zusammengesetzter mächtiger Tumor im kleinen und großen Netz, der vorn mit der Bauchwand verwachsen war, hinten den Pankreaskopf umschloß und die Pars pylorica des Magens umwachsen und eingeengt hatte. Schleimhautveränderungen fehlten. Im Tumor zahlreiche nekrotische, zum Teil erweichte Herde. Histologisch typisches Granulom mit reichlich eosinophilen Leukocyten. In der linken Lungenspitze ein alter abgekapselter tuberkulöser Herd. — Fall 3. 28jähriger Mann. Beginn der Erkrankung in den Halsdrüsen, Exstirpation, Erkrankung der linksseitigen Drüsen, Leber-, Milzschwellung, Anämie, Leukopenie, leichtes Fieber, häufiges Nasenbluten. Autoptisch reichlich Blut im Verdauungskanal, rotes Knochenmark mit Granulomherden, Granulomatose der Hals-, perigastrischen und retroperitonealen Drüsen, am Hals mit Muskeln und Haut verwachsen. Granulomherde in der Milz, ein größerer im oberen Milzpol eitrig zerfallen. In der Leber zahlreiche graue, zum Teil hämorrhagische Knoten und Flecken, die zum Teil die Oberfläche vorwölben und mit dem Zwerchfell verwachsen sind. Infiltration der Wand zahlreicher Gallengänge; nahe dem Hilus mehrere große und kleinere mit fester Galle ausgefüllte und ausgebuchtete Gallengänge. Typisches Granulomgewebe mit Tendenz zu bindegewebiger Induration, fast völliges Fehlen eosinophiler Leukocyten. — Bakteriologische Untersuchungen und Tierexperimente konnten nicht angestellt werden. *Kurt Ziegler* (Freiburg i. Br.). M.

Courtney, B. J.: The treatment of leprosy by intravenous injections of iodoform. (Behandlung der Lepra mit intravenösen Jodoforminjektionen.) Lancet Bd. 186, Nr. 26, S. 1806—1808. 1914.

Nicolas, J., et J. Gaté: La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue? 39 p. 100 de réactions positives chez les non-syphilitiques. (Hat die positive Wassermannsche Reaktion absoluten Wert? 39% positiver Reaktionen bei Nichtsyphilitikern.) (*Clin. d. malad. vénér. et cutan., univ., Lyon.*) Prov. méd. Jg. 27, Nr. 23, S. 250. 1914.

Verff. haben in einer relativ kleinen Versuchsreihe einen außerordentlich hohen Prozentsatz von positiven Reaktionen bei anscheinend nicht syphilitischen Kranken bekommen. Sie schließen daraus, daß die Wassermannreaktion recht wenig verläßlich sei und nur dann bei Leuten ohne manifeste luetische Erscheinungen sichere diagnostische Bedeutung habe, wenn sie mehrfach in zeitlichen Abständen gleich positiv ausfalle. *Linser* (Tübingen).

● **Schindler, Carl: Der Salvarsantod. Seine Ursache und seine Verhütung. Intravenöse oder intramuskuläre Salvarsaninjektion?** Berlin: S. Karger 1914. IV, 184 S. u. 5 Taf. M. 4.80.

Es sind in der letzten Zeit eine ganze Reihe von Arbeiten über Salvarsanschädigungen und Todesfälle erschienen, zum Teil mit dem Bestreben, das hierüber vorliegende Tatsachenmaterial objektiv zu sichten und zu verarbeiten, zum Teil mit bestimmten weniger subjektiven Tendenzen. Zu letzteren gehört auch die sehr fleißige, die ungeheure Literatur gut überschende Arbeit Schindlers. Sch. ist der Vater des Joha, der Fettemulsion des Salvarsans. Er kämpft deshalb mit aller Macht für die subcutan-intramuskuläre Applikation des Salvarsans und sicht alles Unheil in den intravenösen Injektionen. Die ganze Arbeit ist auf diesen Schluß zugespitzt. Technisch ist seine Methode jedenfalls schwieriger und für die Patienten ungleich unangenehmer. *Linser* (Tübingen).

Bith, Henry: Traitement de la sporotrichose. (Behandlung der Sporotrichose.) Bull. gén. de thérapeut. Bd. 167, Nr. 14, S. 365—370. 1914.

Als wirksamste Therapie empfiehlt Verf. die Jodkalimedikation (Jodkali 100,0, aquae dest. 500,0, bei jeder Mahlzeit 1 Teelöffel). Wird Jodkali nicht vertragen, so versucht man es mit einem Zusatz von Extr. belladonnae, eventuell appliziert man Jodpräparate subcutan.

Schleimhautaffektionen werden mit Jodjodkali-Glycerin gepinselt, zugleich läßt man mit einer Jodjodkalilösung gurgeln. Geschlossene Knoten werden, falls sie durch die interne Therapie nicht schwinden, punktiert und mit Lugolscher Lösung gespült, eiternde Gummata werden mit Jodjodkalilösung feucht verbunden (Jod 1,0, Jodkali 5,0, Wasser 500,0) und mit Jodtinktur ausgetupft. *Ströbel* (Marktredwitz).

Sporotrichosis of muscle. (Sporotrichose des Muskels.) Journ. of clin. research Bd. 7, Nr. 2, S. 44—45. 1914.

(Referat über Moure und Baufle, La Presse médical, 1912, S. 902—904.) Diese hatten an der Hand eines Falles, der unter chirurgischer Therapie sich verschlimmerte, unter Jodbehandlung dann ausheilte, darauf hingewiesen, daß die Sporotrichose des Muskels entweder durch Fortpflanzung von der Haut her oder primär im Muskel entstehen kann; im letzteren Fall befällt sie dann ev. nur einen Muskel, was diagnostische Schwierigkeiten machen kann, indem die Affektion zuerst einen festen Tumor darstellt, der dann erweicht und vereitert, so daß hintereinander der Eindruck eines harten Fibroms, dann eines Gummis und schließlich einer Tuberkulose erweckt wird. Die Diagnose ist deshalb nur möglich durch genaue bakteriologische Untersuchung. Auch die Anstellung der Wassermannschen Reaktion ist notwendig. Die Diagnose ist wichtig wegen der Therapie. *Kappis* (Kiel).

Geschwülste:

Murphy, James B.: Heteroplastic tissue grafting effected through Roentgen ray lymphoid destruction. (Die Begünstigung heteroplastischer Gewebsverpflanzung durch Zerstörung des lymphoiden Gewebes mit Röntgenstrahlen.) (*Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 19, S. 1459. 1914.

Es wurde Ehrlichs Mäusesarkom auf Ratten überpflanzt, von denen die Hälfte vorher an 2, bzw. 10 Tagen je 5 Minuten lang der Röntgenbestrahlung unterworfen waren. Während das Wachstum der Transplantate auf den nichtbestrahlten Versuchstieren nach 9 bis 10 Tagen aufhörte, kam es auf den bestrahlten erst nach 14 bis 16 Tagen zum Stillstand; bei letzteren erreichten die Transplantate auch eine bedeutendere Größe. Die besseren Erfolge werden darauf zurückgeführt, daß durch die Bestrahlung das lymphoide Gewebe, das das Wachstum der Transplantate hindert, zerstört wurde. *Gümbel* (Bernau).

Blackstein, Siegfried: Über die Serodiagnostik des Carcinoms mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. (*Frauenklin., Univ. Halle a. S.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 19, H. 3, S. 406—434. 1914.

Die Arbeit wird eingeleitet durch einen kritischen Überblick über die Versuche, welche angestellt worden sind, um eine zu diagnostischen Zwecken zu verwertende Serumreaktion bei malignen Tumoren zu erhalten. Verf. selbst hat sich die Aufgabe gestellt, mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren spezifische, auf das Carcinomgewebe abgestimmte Fermente festzustellen. Er bespricht aus der Literatur zuerst die Resultate, die sich mit den Abderhaldenschen Versuchen decken und läßt die, die zum Teil davon abweichen, folgen. Sodann folgen seine eigenen Untersuchungen. Das zur Verwendung gelangende Carcinomgewebe stammte von operierten Uteruscarcinomen. Es wurde sofort nach der Operation genau nach Abderhaldens Vorschriften verarbeitet. Es sind 91 Fälle mit dem Dialysierverfahren untersucht worden, und zwar 60 Carcinomsera und 31 Sera verschiedener anderer Krankheitsprozesse. Die Krebssera stammen von Frauen, die an Erkrankung der Sexualsphäre litten. Verf. hebt hervor, daß nach seinen Erfahrungen gerade die diagnostisch schwierigsten Fälle, bei denen die Diagnose Carcinom schließlich nur mikroskopisch gesichert werden konnte, gute positive Resultate liefern. Nach erfolgter Operation verschwinden die Fermente aus dem Blute. Die mit Radium und Mesothorium behandelten Fälle bieten deshalb einige Schwierigkeit in der Beurteilung, weil der Zeitpunkt der eingetretenen Heilung klinisch nur annähernd festgestellt werden kann. *Colley* (Insterburg).

● **Theilhaber, A.: Die Entstehung und Behandlung der Carcinome.** Berlin: S. Karger 1914. VI, 182 S. M. 7.—.

Die Tendenz des Buches ist, den Nihilismus, der noch immer den größten Teil der Ärzte bezüglich der Behandlung fortgeschrittener Krebse beherrscht, zu vermindern. Verf. ist sehr optimistisch, er hat die feste Überzeugung, daß es zunächst möglich sein muß, durch systematische Behandlung der Krebskranken nach der Operation das Auftreten von Rückfällen in vielen Fällen zu verhindern, daß aber auch eine Heilung mancher der Operation nicht mehr zugänglicher Krebsgeschwülste gelingen müsse. Mit Krebs werden nur die echten Epithelialcarcinome bezeichnet. Für die Entstehung dieser Geschwülste werden lokale und humorale Ursachen verantwortlich gemacht. Unter die ersteren wird das Greisenalter gerechnet, welches zum Carcinom disponiert durch die Veränderung in der Struktur der Gewebe an der Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe; in den Geweben der einzelnen Organe steht die Größe der Disposition zum Krebs in umgekehrtem Verhältnis zum Reichtum des Bindegewebes an Zellen und zur Größe seines Blutgehaltes. Nicht das Bindegewebe hindert das Vordringen des Epithels, sondern das reichliche Vorhandensein von Zellen im Bindegewebe; im Greisenalter wird die schrankenlose Wucherung des Epithels erleichtert, weil die Bindegewebszellen so spärlich geworden sind, daß sie den vordringenden Epithelzellen nicht mehr Widerstand zu leisten imstande sind. In der Nähe der Carcinome finden sich vielfach verengte Gefäße mit verdickter Wandung und engem Lumen, und die hierdurch bedingte Anämie ist ein zweiter Faktor, der den Eintritt der carcinomatösen Disposition begünstigt. Eine weitere Ursache sind alte Narben, und zwar vor allem solche, die im Anschluß an Lupus, an Syphilis und an Verbrennungen entstanden sind. Ferner ist die chronische Entzündung eine sehr häufige lokale Ursache der Carcinomentwickelung (Schornsteinfegerkrebs usw.). Sodann geben stumpfe Traumen, die keine offenen Wunden gesetzt haben, häufig Veranlassung zur Entstehung von Krebs. Auch stärkerer Alkoholgenuß wirkt bei der Entstehung der Krebse, besonders derjenigen des Verdauungskanales und der Leber, mit. Höchst unwahrscheinlich ist es, daß es einen spezifischen Parasiten für die Carcinomentstehung gibt. Die Frage der Ansteckungsmöglichkeit wird verneint. Die Schwangerschaft verleiht dem Corpus uteri einen vollständigen Schutz gegenüber dem Krebs. Unter humoralen Ursachen versteht Verf. die Mitwirkung der Säftemasse; der Einfluß der Erblichkeit, der Ernährung, der sozialen Stellung, der Art der Funktion der hämatopoetischen Organe, der Beeinflussung des Wachstums der Geschwülste durch andere innere Organe — alles dies weist auf die Bedeutung der Säfte für die Entstehung der Krebse hin. Doch ist eine scharfe Trennung von humoraler und lokaler Disposition nicht immer möglich. Auch die Rasse hat einen Einfluß; die Jüdinnen z. B. sind nur in sehr geringem Maße zum Uteruskrebs disponiert, dagegen ist ihre Veranlagung zum Mammakrebs eine sehr große. So sicher es eine Rassendisposition gibt, ebenso sicher gibt es eine Familiendisposition. Was die soziale Stellung anlangt, so ist bei reichen Leuten der Magenkrebs verhältnismäßig seltener als bei den ärmeren, dahingegen zeigt sich beim Mastdarmkrebs das umgekehrte Verhältnis. Im allgemeinen sprechen die Statistiken dafür, daß das Carcinom bei Leuten, die viel Fleisch essen, häufiger auftritt als bei solchen, die sich mehr an Vegetabilien halten. Was die Bodenverhältnisse anbelangt, so ist überall dort, wo sich poröser Sand oder Geröllboden findet, der Krebs weniger häufig als da, wo viele Feuchtigkeit des Bodens vorhanden ist. Von psychischen Erregungen disponieren namentlich langdauernde Sorgen zum Carcinom. Die Prophylaxe besteht in der Verhütung von Schädlichkeiten, die Narben und lange dauernde Entzündungen hervorrufen, in der Einschränkung des Alkohol- und Fleischgenusses sowie in der Bekämpfung von Tuberkulose und Syphilis. Einen besonderen aktiven Wert räumt der Verf. den Blutentziehungen ein, da dieselben als intensiver Reiz auf die blutbildenden Organe wirken. Er empfiehlt deswegen, jährlich 2 Aderlässe vorzunehmen. In langer Kasuistik wird bewiesen, daß die bei Operationen zurückgebliebenen Carcinomreste durchaus nicht zu einem neuen Carcinom führen müssen, daß im Gegenteil Spontanheilungen solcher Reste, aber auch zurückgebliebener Metastasen in Drüsen, Lungen usw. viel häufiger vorkommen, als man gewöhnlich glaubt. Bei der Therapie ist die Behandlung der Krebskrankheit zu trennen von den Maßnahmen, die gegen die Krebsgeschwulst zu ergreifen sind. Als ersteres wird die Summe der präcancerösen Veränderungen bezeichnet, das Resultat der Addition der lokalen und der humoralen Disposition. Die Krebsgeschwulst ist einstweilen noch zu exstirpieren, doch soll der allzu große Radikalismus dabei beschränkt werden, damit die Lebensgefahr wegfällt. Danach aber ist die Krebskrankheit energisch zu behandeln. Die Röntgenbestrahlung im allgemeinen wird verworfen, weil die blutbildenden Organe, deren Tätigkeit im Kampfe gegen die Krebskrankheit zuerst in Betracht kommt, bei intensiver Bestrahlung außerordentlich gefährdet sind. Es kommt besonders darauf an, die cancrogenetischen Organe, das sind Eierstock und Hoden, zur Hypofunktion zu bringen und die Tätigkeit der cancrolytischen Organe, das ist vor allem die Milz, anzuregen. Wer ein Carcinom der Bauchorgane operiert, soll deswegen in der Regel gleich die Ovarien mit exstirpieren. Die

Milz soll häufig diathermiert werden, um so ihre Tätigkeit kräftig anzuregen, und zwar wöchentlich 3 mal je eine Viertelstunde lang. Die Wirkung des Cholin ist noch nicht sicher bekannt, doch scheint sie günstig zu sein. Ein ganz besonders großes Gewicht wird auf die Einspritzung von Organextrakten, nämlich der Thymus-, Milz- und Uterus-präparate, gelegt. Jede Operationsnarbe soll immer wieder hyperämisiert werden. *Colley* (Insterburg).

Davis, Benjamin Franklin: Paraffin cancer. Coal and petroleum products as causes of chronic irritation and cancer. (Paraffinkrebs. Kohle- und Petroleum-produkte als Ursachen chronischer Reizung und des Krebses.) (*Rush. med. coll., Chicago.*) Journ. of the Americ. med. assoc, Bd. **62**, Nr. 22, S. 1716—1720.

Hinweis auf die von Volkmann zuerst beschriebene Teerkrätze und auf den Umstand, daß diese beim Hochofenteer ausbleibt, während sie bei dem in Gaswerken erzeugten Teer regelmäßig auftritt. Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, daß der letztgenannte Teer eine auch im Rohparaffin enthaltene Amidingruppe enthält, die bereits in vitro zur Zellteilung führt. Dementsprechend wird der Paraffinkrebs auch nur bei jenen Paraffinarbeitern gefunden, die mit der Destillation des Rohparaffins beschäftigt sind, wobei es zur innigen Berührung von Haut und Preßsaft kommt. Verf. berichtet dann weiter über den Tabak-, Anilin- und Schornsteinfegerkrebs und betont, daß es sich in all diesen Fällen um chronische Beizung durch chemische Substanzen handelt, die analog auch in anderen Fällen von Carcinom als ätiologisches Moment in Betracht kommt. *Strauß.*

Mayo, William J.: The prophylaxis of cancer. (Die Prophylaxe des Carcinoms.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 805—814. 1914.

Spisharny, I. K.: Die operative Behandlung des Krebses. (*Chirurg. Fakultäts-Klin. d. Prof. Spisharny, Univ. Moskau.*) Verhandl. d. 1. Russ. Krebskongr. St. Petersburg 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor gibt auf Grund von 885 Fällen, welche zum Teil aus der Literatur gesammelt sind, zum Teil in der eigenen Klinik behandelt worden sind, folgende statistische Angaben. Die besten Resultate ergibt die operative Entfernung des Hautkrebses, die Mortalität beträgt 5—6%, dagegen beträgt die Mortalität bei Mammacarcinom 20 bis 25%, und beim Krebs innerer Organe 20—50%. Was die Dauerresultate betrifft (Beobachtungszeit 3—5 Jahre), so blieben rezidivfrei: Lippenkrebs in 70—80% der Fälle, Hautkrebs in 50%, Mammacarcinom 40%, Krebs innerer Organe 20—40%, Blasenkrebs 0%. Autor hält die Beobachtungszeit von 3—5 Jahren für die Bestimmung der Dauerresultate für zu kurz bemessen, da Fälle bekannt sind, in welchen auch nach 12 Jahren Rezidive eintraten. Andrerseits bedeutet ein Rezidiv noch nicht, daß der Fall unheilbar ist, so beobachtete Autor einen Fall von Lippenkrebs, welcher innerhalb von 11 Jahren 6 mal operiert wurde und schließlich doch geheilt wurde. Die Frage, ob bei der Radikaloperation alle regionären Lymphdrüsen entfernt werden müssen, ist noch nicht endgültig geklärt, da Fälle beobachtet worden sind, in welchen die Drüsenmetastasen nach Entfernung des primären Tumors resorbiert wurden. Um den Kampf mit dem Krebse führen zu können, müssen zunächst alle Maßnahmen darauf gerichtet werden, die diagnostischen Methoden zu verbessern, um rechtzeitig eingreifen zu können. Alle operablen Fälle müssen operiert werden, die übrigen Fälle sollen chemotherapeutisch oder mit Radium resp. Röntgenstrahlen behandelt werden. *v. Holst* (Moskau).

Haendly, P.: Die Strahlenbehandlung des Carcinoms. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **11**, Nr. 12, S. 353—358. 1914.

Kurze zusammenfassende Darstellung der Strahlenbehandlung des Carcinoms und speziell der Erfahrungen der Bummschen Klinik: Verf. betont, daß es sich bei der Strahlenbehandlung zunächst nur um die Feststellung von vorläufigen, klinischen Heilungen handeln könne, ehe eine genügend lange Beobachtungszeit verstrichen sei, wie sie für die Bewertung der operativen Resultate gefordert

werde. Die konservative Behandlung des Carcinoms kann noch nicht als „die Behandlung der Wahl" gelten. Er faßt seine Erfahrungen dahin zusammen: bei der Behandlung der Carcinome, für welche die auf der Grenze der Operabilität stehenden und beginnende, gut operable Fälle in Betracht kommen, werden neben Radium und Mesothorium vor allem die Röntgenstrahlen in Kombination mit der Diathermie angewendet. Die Dosis der radioaktiven Substanzen, Radium und Mesothorium, soll 3000—5000 mg-Stunden nicht überschreiten. Die Strahlenquelle soll, soweit es sich um Radium und Mesothorium handelt, durch eine Umhüllung in eine gewisse Entfernung von dem Tumor gebracht werden. Geeignet für eine Behandlung scheinen Rezidive zu sein. Endlich ist eine prophylaktische Bestrahlung mit Röntgenstrahlen als Nachbehandlung nach Carcinomoperationen zu empfehlen. Dagegen sind weit fortgeschrittene Carcinomfälle wegen der Aussichtslosigkeit einer Strahlenbehandlung zurückzuweisen. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Janeway, H. H.: Results of radium in cancer. (Die Ergebnisse der Radiumbehandlung beim Carcinom.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 22, S. 1707—1709. 1914.

Die Arbeit gibt ein Bild vom gegenwärtigen Stand der Radiumtherapie nach den Erfahrungen, die an einer sehr großen Zahl von Fällen in den Radiuminstituten zu Paris, London, Wien und Heidelberg gemacht wurden. In London wurde mit der enormen Menge von 4 g Radium gearbeitet, in Wien mit 1,5 g, während in Heidelberg nur 20 mg zur Verfügung standen, jedoch wurden dort vorwiegend Versuche mit Mesothorium und Thorium-X angestellt, die sich als ebenso stark wirkende radioaktive Substanzen erwiesen. Die Ergebnisse, die aus dem großen Krankenmaterial dieser Institute gewonnen wurden, stimmen sowohl untereinander wie mit denen von zahlreichen anderweitigen Veröffentlichungen durchaus überein und lassen sich wie folgt zusammenfassen. Daß alle Arten von Krebs durch Radium günstig beeinflußt werden können, unterliegt keinem Zweifel mehr, aber nur die oberflächlichsten Tumoren werden in ihrer ganzen Ausdehnung zerstört, bei tiefer liegenden besteht sogar die Gefahr, daß die entfernteren Teile durch die zu schwache Bestrahlung zu vermehrtem Wachstum angereizt werden. Die Besserung besteht in Erweichung und Rückbildung des Tumors sowie in Besserung der subjektiven Symptome. Als dauernd geheilt können unter den überaus zahlreichen Fällen nur verschwindend wenige tiefer gelegene Carcinome gelten; auch Operationsrezidiven kann durch die Bestrahlung nicht mit Sicherheit vorgebeugt werden. Gute Resultate ergibt dagegen die Behandlung der Hautcarcinome. Alle Arten von Sarkomen sind leichter zu zerstören als epitheliale Neubildungen. Da also die Wirkung des Radiums bisher weder sicher noch weitreichend genug ist, behält die alte Forderung, daß operable Geschwülste unverzüglich zu operieren sind, nach wie vor ihre Gültigkeit. Nur Hautcarcinome dürfen primär bestrahlt werden. Bis es gelingt, eine Methode zu finden, durch die alle Teile einer Geschwulst die volle Bestrahlungsdosis erhalten, kann das Radium das Messer nur ergänzen, aber noch nicht ersetzen. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Percy, J. F.: Best methods of discouraging the activity of inoperable cancer. A study of heat in cancer. (Die besten Methoden, das Fortschreiten inoperabler Carcinome aufzuhalten. Über die Wirkung von Hitze auf Carcinome.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 21, S. 1631—1634. 1914.

Nach kurzer Aufzählung der neueren therapeutischen Maßnahmen erwähnt Verf. eingehender die Versuche, maligne Neubildungen durch Hitze zu zerstören. Verschiedene Autoren konnten Carcinom- und Sarkomgewebe durch mehr oder weniger lange Erwärmung auf 42 bis 47° vernichten. Vidal fand, daß schon bei 40° das Wachstum der Tumoren gehemmt wird, und zog aus der Tatsache, daß die verschiedenen Vaccine und Toxine gegen das Carcinom bei günstiger Wirkung Temperatursteigerungen zum Zeichen der Reaktion verursachen, den Schluß, daß diese Temperatursteigerungen

überhaupt die wesentliche Ursache des Erfolges seien. Zur praktischen Verwertung dieser Erfahrungen müßte ein Verfahren gefunden werden, durch das Tumoren genügend durchwärmt werden können, ohne zuviel gesundes Gewebe zu zerstören, da die Erhöhung der allgemeinen Körpertemperatur auf mehr als 40° zu gefährlich sein würde. Heißwasser und Heißluft wirkten nur oberflächlich, die Elektrokoagulation ist zu kompliziert und zu kostspielig; das gleiche gilt von der Fulguration, bei der nach Ansicht des Verf.s ebenfalls nur die Erwärmung wirksam ist. Verf. hat daher auf Grund experimenteller Studien ein Verfahren ausgearbeitet, das sich durch Einfachheit und Wirksamkeit in gleicher Weise auszeichnet. Ein Elektrokauthor wird in das Tumorgewebe eingeführt und allmählich auf eine solche Temperatur gebracht, daß das Zelleiweiß koaguliert wird. Bei kleinen, circumscripten Geschwülsten darf die Temperatur so weit erhöht werden, daß eine vollständige Verkohlung des Gewebes stattfindet, bei größerer Ausdehnung des Carcinoms muß dagegen die Verkohlung vermieden werden, da die verkohlte Zone in doppelter Hinsicht schaden würde, erstens, indem sie dem Weiterdringen der Wärme Einhalt tut, und ferner, indem sie undurchlässig ist für die Zerfallsprodukte der nicht verkohlten, sondern nur koagulierten Zellen, so daß eine Intoxikation droht. Den Wirkungsbereich des Elektrokauthors hat Verf. experimentell an Fleischstückchen festgestellt. Zum Schluß fordert Verf. weitere Beobachtungen in der Hinsicht, ob es möglich ist, während der Haupttumor mit dem Elektrokauthor zerstört wird, gleichzeitig die mit dem Lymphstrom verschleppten Zellen durch allgemeine Erhöhung der Körpertemperatur durch Toxine, Vaccine oder Sera zu vernichten.

Hochheimer (Bocholt i. W.)

Clark, A. Schuyler: Radium treatment of cutaneous epitheliomas by single or massive doses. (Radiumbehandlung von Hautcarcinomen mit Einzel- oder Massivdosen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 19, S. 1453—1458. 1914.

Auf Grund von bei 22 Fällen gesammelten sehr günstigen Erfahrungen tritt Verf. dafür ein, statt wiederholter kurzer Bestrahlung eine einzige oder wenigstens ganz kurz aufeinanderfolgende kräftige Bestrahlungen anzuwenden. Er benutzt eine Kapsel mit 2,5 mg reinem Radiumbromid ohne jedes Filter in einer Entfernung von $1^1/_2$—2 cm und läßt die Kapsel bis zu 24 Stunden liegen. Das erste Resultat ist eine Verbrennung, die sich auch auf die benachbarte gesunde Haut erstreckt, nach 6 Wochen durchschnittlich ist Heilung eingetreten, auch in mehreren Fällen, die zunächst mit kurzen Bestrahlungen ohne Erfolg behandelt worden waren. *Denks* (Hamburg).

Walker, Charles H.: Treatment of malignant growths by colloidal glyco-sulphur seleno-preparations. A report o five cases. (Behandlung maligner Geschwülste mit kolloidalen Glyco-Schwefel-Selen-Präparaten. Ein Bericht über 5 Fälle.) Post-graduate Bd. 29, Nr. 5, S. 343—347. 1914.

Aus nicht angegebenen Gründen hat Verf. Substanzgemische, bestehend aus kolloidalem Selen und kolloidalem Schwefel in Kombination mit Gallesalzen (bile salts) zur Behandlung von 5 malignen, zum Teil inoperablen Tumoren innerlich verabreicht. Die Dosen betrugen $^1/_{10}$ bis 1 mg täglich, steigend bis 1 dg. Verf. glaubt schmerzstillende Wirkungen, Besserung des Allgemeinbefindens und Desodorisierung bei jauchenden Tumoren festgestellt zu haben. Sämtliche fünf Fälle sind noch unter Beobachtung. *Hartert* (Tübingen).

Kotzenberg: Die Röntgentherapie der malignen Geschwülste. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25 jähr. Bestehen d. Hamburg-Eppendorfer Krankenh.), S. 784—841. 1914.

Von der Bestrahlungstechnik ist zu erwähnen, daß nur harte Strahlen zur Verwendung kommen von ca. 11 Wehnelt. Zur Filterung wird 3 mm Aluminium gebraucht. Für Tiefenbestrahlung wird „Kreuzfeuer-Felderverteilung" angewendet, während die übrigen Methoden zum Hautschutz des bestrahlten Gebietes wieder verlassen sind. Cholininjektionen wurden mit Erfolg mit der Bestrahlung kombiniert. Messung der Strahlendosis mit Holzknechtskala. Die Haut verträgt ohne Reaktion je nach Empfindlichkeit 3—6 H. Schutzabdeckung außer den üblichen auch mit Wismutbrei. Bestrahlung der Felder eines großen Bezirkes an mehreren Tagen hintereinander in einer Serie, die erst nach 3—4 Wochen wiederholt wird. Haut-

schädigungen sind sehr selten. Gegen die Reaktion wird Ungt. Gynocardii oder Dermatol-Naphthalan verwendet. Behandlung von Tumoren des Uterus, Rectum, Nase, Mund von außen und mit Zylinderansätzen von innen. Schon lange wird die letzthin wieder als neu angegebene Kombination mit innerlicher Arsendarreichung mit anscheinend gutem Erfolge angewendet. Die Röntgenbehandlung ist der Radiumtherapie im allgemeinen weit überlegen. Das Radium, das auch in Anwendung kommt, hat den Vorzug bequemerer Applikation. Bestrahlt wurden in den Jahren 1909 bis 1913 im ganzen ca. 180 Fälle, meist Rezidive, daneben prophylaktisch nach Operationen oder ohne operative Eingriffe. Im Vordergrunde stehen die Mammacarcinome. Prophylaktische Bestrahlungen in die offene Amputationswunde scheinen keinen Vorzug gegenüber der einfachen Amputation ohne Bestrahlung zu haben. Bei Rezidiven wurde eine Reihe sehr bemerkenswerter Erfolge bis über 4 Jahre Rezidivfreiheit erzielt (Verschwinden eines Cancer en cuirasse, vom Sternum bis zur Wirbelsäule reichend, für 2 Jahre). Auch Uteruscarcinome und Rezidive wurden zu völligem Verschwinden gebracht (3 Jahre klinische Heilung). Keine Erfolge bei Drüsencarcinomen am Halse, Zungen- und Gaumencarcinomen und solchen der Nasennebenhöhlen. Bessere bei Sarkomen der letztgenannten Gegend (zwei klinische Heilungen). Refraktär sind Oesophagus-, Mediastinal-, Magen-, Darm- und Pankreastumoren. Ein Erfolg wurde weiter gesehen bei Ovarialsarkom, Rectumcarcinomrezidiv und Prostatacarcinom. Gut sind die Erfolge bei Hauttumoren, auch ohne operative Eingriffe. Wenn auch nur eine kleine Zahl Dauerheilungen zu erzielen waren, so war doch die sofort eintretende schmerzstillende Wirkung, die Linderung der Beschwerden, die Besserung des Allgemeinzustandes und die sicher nur durch die Bestrahlung herbeigeführte Verlängerung des Lebens um oft 2—3 Jahre und länger bei einer sehr großen Anzahl der Fälle als sehr wesentlicher Vorteil der Bestrahlung zu bezeichnen. (Übersichtliche tabellarische Zusammenstellung.) *Hoffmann* (Dresden).

Nemenoff, M. S.: Die nichtoperativen Methoden in der Behandlung bösartiger Geschwülste. (*Zentral-Röntgenlaborat. d. Med. Hochsch. f. Frauen, St. Petersburg.*) Verh. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg 31. III.—3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor berichtet über 140 mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle. Ausgezeichnete Resultate ergab die Behandlung des Krebses der Gesichtshaut: auch in inoperablen Fällen wurde bedeutende Besserung und sogar Heilung erreicht. Daher hält Autor in diesen Fällen die Röntgentherapie für durchaus indiziert, selbst dann, wenn die Operation noch möglich wäre. Auch operable Epitheliome der Vagina können mit Röntgenstrahlen behandelt werden, sofern eine direkte Bestrahlung durch das Speculum möglich ist. Alle übrigen Carcinome und Sarkome sollen, sofern sie operabel sind operiert werden. Inoperable Fälle gehören der Strahlentherapie. Tritt jedoch nach 1 Monat intensiver Therapie eine Verschlechterung ein, so muß die Behandlung unterbrochen werden. *v. Holst* (Moskau).

Kahn, Morris H.: Four cases of multiple myeloma. (Vier Fälle von multiplen Myelomen.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 19, S. 843—848. 1914.

Das multiple Myelom ist eine vom Knochenmark ausgehende bösartige Neubildung. Lokalisation besonders Sternum, Rippen, Wirbel. Befällt hauptsächlich das männliche Geschlecht in der zweiten Lebenshälfte. Klinische Erscheinungen: schleichender Beginn, Knochenauftreibung, Spontanfrakturen, fortschreitende Anämie und Kachexie. Charakteristische Schmerzen bei Druck auf Knochen und Sehnen. In einzelnen Fällen Bence-Jonessche Albumosurie Multiple Spontanfrakturen der Rippen sind für die Diagnose ausschlaggebend. Diagnose wegen der Unsicherheit der Symptome nur per exclusionem zu stellen. Dauer von 1 Monat bis $1^1/_2$ Jahr. — Beschreibung von 4 typischen Fällen. Deren Symptome: Schmerzen der befallenen Knochen, multiple Rippenfrakturen, Kachexie und Anämie, Bence-Jones in 2 Fällen positiv, Lungentuberkulose als Komplikation in 1 Fall. Alle hatten Spinalsymptome und Lungenkomplikationen. *Colin* (München).

Verletzungen:

Roth, Joh.: Über akute Knochenatrophie. (*Chir. Klin., Erlangen.*) Dissertation: Erlangen 1914. 34 S.

Die akute Knochenatrophie nach Traumen ist nach neueren Forschungen trophoneurotischen Ursprungs (Deroch, Raymund, Hoffa). Sie wird beobachtet nach Frakturen, Quetschungen, Phlegmonen. Bei allen Traumen und Entzündungen der Extremitäten besteht die Möglichkeit ihres Auftretens. Klinische Erscheinungen: Aktive und passive Bewegungen eingeschränkt, bei stärkeren passiven Bewegungen stets stärkere Schmerzen. Fast regelmäßig Muskelatrophien, Ödeme, Cyanose, Hautatrophie. Prognose günstig. Bleiben die Funktionsstörungen trotz Ausheilung der Atrophien länger bestehen, so handelt es sich wohl immer um irreparable Schrumpfungsprozesse der Gelenkkapsel und Bänder. Therapie: Keine länger dauernde Immobilisation. Massage. Aktive und passive Bewegungen. Heißluft. Warme Bäder. Stauung. — Verf. führt 5 Fälle an. — Die genaue Kenntnis des Leidens ist besonders für den Gutachter unbedingt erforderlich. *Colin* (München).

Erving, William G.: Diagnosis and treatment of joint fractures. (Diagnose und Therapie der Gelenkfrakturen.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 4, S. 86 bis 91. 1914.

Lachgasnarkose zur Aufnahme des Befundes und genauen Reposition, Fixation mit Gipsschiene oder abnehmbarem Gipsverband. Am nächsten Tage Beginn mit Heißluftbehandlung zur Beschleunigung der Resorption, Massage und passive Bewegungen. Tägliche Wiederholung der Übungen; in der Zwischenzeit wird die Schiene angewickelt. *Magnus* (Marburg).

Robertson, Ira W.: Diagnosis and treatment of fractures. (Diagnose und Behandlung der Knochenbrüche.) Journal of the Oklahoma State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 10, S. 420—423. 1914.

Schömann: Zangen-Extension von Knochenbrüchen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 24, S. 1222—1223. 1914.

Empfehlung einer Extensionszange, deren in die Weichteile und Knochen einsetzenden Arme bogenförmig nach innen wie ein Raubvogelschnabel abgebogen sind. Die Handgriffe haben an ihrem Ende 2 Ösen zur Anbringung der Extension. Wirkung der Zange entspricht der Teufelsklaue. 3 Fälle damit behandelt die günstige Resultate ergaben. Verf. empfiehlt für Zug und Gegenzug 2 Zangen anzuwenden. *Grune* (Pillau).

Whitall, J. Dawson: Fracture of the lower end of humerus. (Moderne Behandlung von Frakturen.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 23, S. 1135. 1914.

Carr, W. P.: Fundamental principles in the treatment of fractures. (Grundprinzipien der Frakturbehandlung.) Americ. med. Bd. **20**, Nr. 5, S. 348—362. 1914.

Das Bestreben, Frakturen auf blutigem Wege anatomisch richtigzustellen, hat zu starken Übertreibungen geführt. Der Druck von Platten und Schrauben im Knochen selbst führt zur Resorption von Gewebe, der Reiz der Fremdkörper in der Markhöhle macht rarefizierende Ostitis; Platten, zirkulär angebrachte Bänder und ringförmig schnürende Drähte verursachen Schädigungen des Periosts. All diese Momente sind schuld, daß in $^1/_3$ der nach der Laneschen Methode behandelten Fälle die knöcherne Vereinigung ausbleibt. In 54 gesammelten Fällen verschiedener Operateure mußten 30 mal die Platten entfernt werden. An 6 Röntgenbildern zeigt Verf. die Knochenabsorption auf der Seite der Platte und die starke Callusbildung auf der anderen Seite; 2 mal ist bei Doppelbrüchen am verschraubten Knochen die Vereinigung ausgeblieben, am nichtoperierten eingetreten, in beiden Fällen heilte nach Entfernung der Platten die Fraktur. Wo sich die Operation nicht vermeiden läßt, z. B. bei manchen Patellarfrakturen und subtrochanteren und suprakondylären Oberschenkelbrüchen, genügt die einfache Drahtnaht des Knochens. Die Nähte müssen senkrecht zur Achse des Knochens angelegt werden, müssen möglichst kurz sein und dürfen die Markhöhle nur möglichst wenig berühren. *Magnus.*

Peckham, Frank E.: Mechanical treatment of some fractures, viz., (1) lower end of the humerus; (2) both bones of the leg. (Mechanische Behandlung einiger Frakturen. 1. Des unteren Humerusendes, 2. der beiden Unterschenkelknochen.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 250—261. 1913.

Beschreibung von 10 Fällen mit Röntgenbildern. *Zieglwallner* (München).

Davison, Charles: Treatment of fractures by medullary bone splints. (Frakturenbehandlung mit knöcherner Bolzung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 6, S. 750—753. 1914.

Metallplatten wirken als Fremdkörper, müssen häufig später entfernt werden und machen den Ersatz durch resorbierbares Material wünschenswert. Bericht über 2 Fälle, die durch zentrale Bolzung mit einem periostlosen Knochenspahn aus der unverletzten Tibia behandelt worden waren; Länge des Bolzens 7 bzw. 12 cm. Gute Resultate. *Magnus* (Marburg).

Watkins, James T.: Concerning ununited fractures. (Über Frakturen, die nicht fest werden.) California State journ. of med. Bd. 12, Nr. 5, S. 197—201 u. Nr. 6, S. 246—247. 1914.

Seit Einführung der operativen Frakturbehandlung haben sich diese Fälle sehr vermehrt. Verf. glaubt, daß die zu feste Fixation der Grund sei, auch die Beseitigung des Hämatoms müsse in Betracht gezogen werden. Im allgemeinen gelten weiter Abstand der Fragmente, Interposition von Periost oder andern Weichteilen, trophische Störungen, Allgemeinerkrankungen und zu frühzeitige Belastung als Ursachen. Therapeutisch werden Injektionen von Alkohol, Jodtinktur, Formalin und frischem Blut empfohlen: Extension bis zur Adaptierung der Fragmente, Beklopfen und Massieren der Bruchstelle, Biersche Stauung. Von den operativen Methoden ist die gebräuchlichste die Bolzung mit einem lebenden Span aus der gesunden Tibia. — Diskussion: Eloesser nimmt lokale Ursachen an, vielleicht Randnekrosen an den Fragmenten. *Magnus* (Marburg).

Kriegschirurgie:

Kirchenberger: Militärärztliche Erfahrungen in Sofia während des letzten Balkankrieges. (Wissenschaftl. Ver. d. Militärärzte d. 5. Korps, Preßburg, Sitz. 28. I. 1914.) Militärarzt Jg. 48, Nr. 9, S. 199—202. 1914.

Zur Bewältigung des Massenandrangs im Kriegsspital sind möglichst rasche Arbeits- und Behandlungsmethoden erforderlich. Knochenschüsse sind gutartiger als Friedensfrakturen, Konsolidation erfolgt rascher, sie sind leichter in guter Stellung zu erhalten, fixierender Verband kann früher abgenommen werden. Schienen sind wegen des raschen Anlegens und Abnehmens den Gips- und Extensionsverbänden (ausgenommen bei Oberschenkelfrakturen) vorzuziehen. Besonders gelobt werden die Kramerschen Drahtschienen. Bei Pseudarthrosen gibt die Klopfmethode gute Resultate. Besprochen wird die Behandlung der infizierten Knochenschüsse, der Aneurysmen und der Schädelschüsse, von denen die Artilleriesteckschüsse binnen 24 Stunden zu trepanieren sind. Die bösen Folgen der Tampons werden erwähnt, sowie schwere Eiterungen nach primär (!) genähten Granatwunden. Wegen Zeitersparnis wird der Narkose der Vorzug gegeben. Mastisol ist besonders bei zerrissenen Granatwunden vorteilhaft; Sekretretention kommt nur vor, wenn es direkt auf die Wunde gepinselt wird. Röntgenapparat ist bei mobilen Sanitätsformationen entbehrlich und wäre hier nur bei Schädelsteckschüssen nützlich, in den Heimatanstalten unentbehrlich. Wichtigkeit möglichst schonenden Transportes.

Administrative Details über die Arbeit in Feld- und Reservespitälern, wo die Ärzte möglichst von Verwaltungsarbeiten entlastet werden müssen (wie in Bulgarien). Krankenvisite, Numerierung der Verwundeten; kurze schriftliche Vermerke müssen besonders für den Transport den Verwundeten beigegeben werden; deren Mangel machte sich wiederholt als störend und zeitraubend bemerkbar. Erörterung der Räumlichkeiten; Grundbedingung für glattes Arbeiten im Feldspital sind gut ausgebildete, selbstständig arbeitende Apparatleute. Empfohlen wird das Tintnersche Verbandpäckchen (dreieckiges Tuch aus gut sau-

gendem Stoff mit kurzen Binden an den Ecken). Wichtig von Medikamenten: Wasserstoffsuperoxyd, Perubalsam, Phenolcampher, Jodtinktur. Ferner erforderlich reichlich Gummihandschuhe, Luftpolster, Wasserkissen, Bereitstellung von Labemitteln für eintreffende Transporte. *Groth* (Liegnitz).

Yoosuf, A. K.: Surgery in modern warfare. (Moderne Kriegschirurgie.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 23, S. 1128—1135. 1914.

Als Chirurg in einem großen Lazarett des roten Halbmondes hat Verf. seine Erfahrungen gesammelt. Er bringt eine Menge Einzelheiten, die sich zu einem Referat nicht eignen. Einzelnes mag mitgeteilt sein. Der Totalverlust betrug im Balkankrieg 45%; bei Kirk-Kilisse allein 20%. 45—48%, nach anderen Angaben sogar 66% der Verwundeten wurden wieder kampffähig. Auf dem Schlachtfelde geblieben = unmittelbare Mortalität: ca. 1—3%. Auf die einzelnen Körperteile berechnet kamen bei Kirk-Kilisse: Extremitäten 80%, Kopf 15%, Thorax 10%, Abdomen 9% unmittelbare Mortalität. Die Mortalität der Verwundeten betrug 3—4%. Multiple Verletzungen kamen häufig vor. Die französischen Granaten waren den deutschen überlegen, so daß man täglich hören konnte, wenn eine Niederlage der Türken bekannt wurde: „It was made in Germany." Kopfverletzungen waren zahlreich. Verf. teilt eine Reihe Fälle mit. Aus seinen sonstigen chirurgischen Bemerkungen ist hervorzuheben, daß er für eine sehr aktive Behandlung der Schädelschüsse eintritt, desgleichen für eine aktive Behandlung der Abdominalverletzungen. *Wiemann* (Kiel).

Saar, G. Frh. v.: Über kriegsmäßige Improvisation von Extensionsverbänden bei Extremitätenfrakturen. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss., H. **1**, S. 20—34. 1914.
Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **5**, S. 19.

Weißenstein, Gustav: Unsere Feldtrage als Transport- und Fixationsmittel bei Frakturen der unteren Extremitäten. Miltärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. **1**, S. 35—37. 1914.

Abbildung und Beschreibung der im österreichischen Heere eingeführten Einheitstrage. Dieselbe ist aus Stahlrohr mit Segelleinbespannung hergestellt; die Tragstangen sollen als Außenschiene benutzt werden zur Fixierung frakturierter Extremitäten nach Art eines Schienenextensionsverbandes. Zu diesem Zwecke sind entlang den Tragstangen beiderseits je sechs handbreite Schlitze angebracht, durch welche die zur Befestigung des Beines und des Beckens an diese dienenden Tücher oder Binden geführt werden. Die zwischen den Schlitzen verbleibenden Brücken des Tragtuches sind entsprechend verstärkt. Die frakturierte Extremität wird mittels Binden oder Gurten an der Seitenstange befestigt, die nötige Extension erreicht man durch Fixieren des Fußes an dem Fußteil der Trage und Gegenextendieren mittels eines am Kopfteil befestigten zwischen den Beinen durchgezogenen elastischen Gurtes. Verf. ist der Ansicht, daß die Resultate der Frakturheilungen im Kriege sicher bedeutend zu bessern seien, wenn eine genügende Anzahl solcher Tragen zur Verfügung stände, auf denen die Verletzten ohne weiteres Umlegen bis zur Etappe zurücktransportiert werden könnten. *Neumann.*

Laurent, O.: Accidents nerveux produits à distance par les projectiles de guerre. (Nervöse Erscheinungen infolge Fernwirkung von Kriegsgeschossen.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. **158**, Nr. 17, S. 1211—1213. 1914.

Außer 61 Fällen von direkter Nervenverletzung hat Laurent in den letzten Balkankriegen auch Störungen von seiten des Nervensytems beobachtet, die als Abgeschlagenheit, Simulation oder Kontusion gedeutet werden könnten, aber als Symptome einer Commotio cerebro spinalis anzusprechen sind. Auch Taubheit, Facialislähmung, Paraplegie der unteren Extremitäten und sogar einen plötzlichen Exitus sah er auftreten, ohne daß die Kugel die betreffenden Nerven resp. das Rückenmark oder das Zentralorgan lädiert hätte. Meist war es die indirekte, schockartige Wirkung einer Granatexplosion oder einer Schußverletzung, welche als Erschütterung auf dem Wege der Knochenleitung fortgepflanzt, die mehr oder weniger schweren Ausfallerscheinungen hervorgerufen hatte. Die Heilung erfolgte im allgemeinen sehr rasch. In einzelnen Fällen blieben jedoch lähmungsartige Zustände oder psychische Störungen bestehen, die aber mit einer traumatischen Neurose nichts zu tun haben. L. hat den Eindruck, daß derartige Fälle sich im modernen Kriege häufen. *Duncker* (Brandenburg).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Plicque, A.-F.: L'insuffisance surrénale après l'anesthésie chloroformique et son traitement. (Die Nebenniereninsuffizienz nach Chloroformnarkose und ihre Behandlung.) Bull. méd. Jg. 28, Nr. 49, S. 636—637. 1914.

Verf. beschreibt eine postoperative Störung bei einem kräftigen jungen Soldaten im Anschluß an eine Radikaloperation einer Hernie, die er als Nebenniereninsuffizienz deutet und durch Adrenalininjektionen geheilt hat. Nach Erwachen aus der Narkose leichte Cyanose, kein Erbrechen, kein Shock. Am zweiten Tage extreme Schlaffheit, Ikterus, aussetzender, beschleunigter (90) Puls, kein Fieber. Am 4. Tage weicher Puls (100), Cyanose, niedriger Blutdruck (12 nach Potain). Erst nach Adrenalininjektionen trat entscheidende Wendung zum Besseren ein. Heilung am 10. Tage. *Kulenkampff* (Zwickau).

Hübener, W.: Zur Narkose mit dem Lotschapparat. (*Städt. Krankenh., Liegnitz.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 21, S. 1178—1179. 1914.

Verf. hat den Überdruckapparat von Lotsch dahin modifiziert, daß derselbe auch für gewöhnliche Narkosen mit atmosphärischer Luft verwandt werden kann. Zu diesem Zwecke wurde an dem Zuführungsrohr eine Seitenöffnung angebracht mit einem leicht funktionierenden Klappenventil, welches Eintritt der atmosphärischen Luft gestattet, deren Austritt aber verhindert. Bei Anwendung von Überdruck- oder Sauerstoffnarkose wird diese Öffnung verschlossen. Außerdem sind noch einige andere kleine Änderungen angebracht worden, die im Original an der Hand einer Abbildung erklärt werden. *Tiegel* (Dortmund).

Allen, Carroll W.: Local anesthesia, with special reference to hernia. (Lokalanästhesie, mit besonderer Berücksichtigung des Leistenbruchs.) Texas State journal of med. Bd. 9, Nr. 11, S. 337—339. 1914.

Catz:, L'emploi de l'anesthésie locale (méthode de Reclus) dans les opérations de grande chirurgie. (Die Anwendung der Lokalanästhesie [Methode von Reclus] bei Operationen der großen Chirurgie.) Journ. de méd. de Paris Jg. 34, Nr. 24, S. 467—474. 1914.

Verf. gibt einen allgemeinen Überblick über die Fortschritte, die die Lokalanästhesie und ihre Anwendung bei größeren Eingriffen gemacht hat. Er hebt besonders den Vorteil und die Verbesserung der Prognose bei Eingriffen am Gehirn und Rückenmark, sowie auch besonders bei den Kröpfen hervor und glaubt, daß die Entwicklung der Kropfchirurgie nur mangels der Anwendung der Lokalanästhesie in Frankreich gegenüber dem Auslande zurückgeblieben sei. Vom giftigen Cocain sei man zum Stovain und Novocain übergegangen, von dem man in Kombination mit Adrenalin 30—40 cg ohne Gefahr injizieren könne. *Kulenkampff* (Zwickau).

Desinfektion und Wundbehandlung:

Schumacher, J.: Zur Desinfektion mit Jodtinktur in statu nascendi und ihren haltbaren Ersatz in fester Form. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 22, S. 1125 bis 1126. 1914.

Beschreibung folgender neuen und einfachen Methode, eine 10 proz. Jodtinktur in Statu nascendi herzustellen: Man hält je eine Flasche der käuflichen alkoholischen Lösung von Jodsäure und Jodkalium vorrätig. Beide sind vollkommen farblos, unbegrenzt haltbar und haben keine schädlichen Eigenschaften. Zur Desinfektion taucht man einen mit einem Holzstab armierten Wattebausch in erstere Lösung und bestreicht damit die Haut. Ebenso verfährt man mit der zweiten Lösung. Beim Zusammentreffen beider Lösungen auf die Haut entsteht sofort eine tiefbraunrote Verfärbung, die von der entstehenden Jodtinktur herrührt. Anstatt der alkoholischen Lösungen können auch Tabletten Verwendung finden, die vorher in Alkohol gelöst werden. *Colley* (Insterburg).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Coerr, Frederic Huntington: A double lever instrument devised for the open reduction of fractures. (Ein doppeltes Hebelinstrument für die offene Einrichtung der Knochenbrüche.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 4, S. 521. 1914.

Ein aus zwei gegeneinander verschieblichen Hebelarmen, die durch eine Schraube festgestellt werden können, bestehendes Instrument zur blutigen Einrichtung querer Knochenbrüche; der eine Arm hebt das Bruchende, der andere drückt das andere herab. *Kaerger* (Kiel).

Dibble, Harry F.: The use of the pulmotor. (Anwendung des Pulmotors.) Physician a. surg. Bd. 35, Nr. 12, S. 545—546. 1914.

Zum Ersatz für die künstliche Atmung nach Sylvester beschreibt Verf. einen Apparat, der die künstliche Respiration selbsttätig besorgt. Aus einer unter bestimmtem Druck stehenden, Sauerstoff enthaltenden Bombe wird dieses zu einem automatischen Reduzierventil geführt, von da zu einer fest auf das Gesicht aufzudrückenden metallischen Maske, in der sich Vorrichtungen befinden, um die Zunge vorzuziehen. Zwischen Maske und Ventil ist ein Blasebalg eingeschaltet. Im Beginn strömt der Sauerstoff frei durch das Ventil zu den Lungen und dem Blasebalg. Ist in beiden ein gewisser Druckwert erreicht, so schaltet der Druck im Blasebalg das Ventil um, sodaß eine Saugwirkung (= Exspiration) entsteht. Ist hierdurch ein gewisses Vakuum erzeugt, so drückt der Atmosphärendruck das Ventil wieder in die primäre Stellung usw.

Harraß (Bad Dürrheim).

Lautenschläger, E.: Eine neue Gesichtsmaske zum Schutz gegen Tröpfcheninfektion für Rhino-Laryngologen. (*Städt. Hals- u. Nasenklin., Frankfurt a. M.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 28, H. 3, S. 488—490. 1914.

Die Maske besteht aus einem Stück Billrothbattist, in welches zwei Gläser (eventuell Brillengläser) in Metallfassung eingelassen sind. Die Maske ist leicht zerlegbar zwecks Sterilisierung, der Billrothbattist kann ohne Schwierigkeit erneuert werden. *Ströbel.*

McGrath, Bernard Francis: Anaesthesia in surgical research. A simple, economical and efficient apparatus for ordinary routine work. (Anästhesierung für chirurgische Zwecke. Ein einfacher, billiger und für gewöhnliche Zwecke genügender Apparat.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 6, S. 765—766. 1914.

Der Apparat besteht aus einer Ätherflasche, einem Fußstreckgebläse, das mit einem Zweiwegehahn an den Katheter für die Insufflationsnarkose angeschlossen ist. Der Katheter selbst ist mit einem luftdicht in die Ätherflasche eingesetzten Rohr, das noch ein Luftventil hat, verbunden. Nähere Angaben über die Dosierung des Luftdruckes fehlen. *Kulenkampff.*

Arcelin et F. Pélissé: Deux appareils de radioscopie avec dispositifs de protection pour l'opérateur. (Zwei Einrichtungen für Röntgendurchleuchtungen mit Schutzvorrichtungen für den Untersucher.) Arch. d'électr. méd. Jg. 22, Nr. 382, S. 548—551. 1914.

Verf. bezeichnet die Röntgenschutzvorrichtungen in Frankreich im allgemeinen als unzureichend und beschreibt einen Orthodiagraphen und eine Röntgenschutzwand, die ganz besonders starken Bleischutz aufweisen, sonst aber nichts Neues bieten. (2 Abbildungen.)

Hoffmann (Dresden).

Radiologie:

Hansemann, D. v.: Über Veränderungen der Gewebe und der Geschwülste nach Strahlenbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 23, S. 1064—1065. 1914.

Verf. berichtet über Befunde, die er bei zwei mit großen Dosen von Mesotherium (20 000 und 13 200 mg-Stunden) behandelten Fällen von Uteruscarcinom erhoben hat. In dem einen Fall war der bestrahlte und später exstirpierte Uterus von Carcinom frei. In beiden Fällen wurde nach der Exstirpation mit Mesothorium nachbehandelt und in beiden Fällen entwickelte sich durch schnellen Zerfall des unter der Bestrahlung auftretenden die ganze Beckenwand ausfüllenden nekrotischen Gewebes eine große Kloake mit nachfolgender Sepsis, an deren Folgen die Patientinnen starben. In den Schwarten fand sich bei der Sektion starkwucherndes Krebsgewebe. Verf. ist der Ansicht, daß in beiden Fällen der geschwürige Zerfall der Schwarten durch das Mesothorium beschleunigt ist und daß durch die große Strahlendosis ein Reiz auf die Geschwulstzellen ausgeübt ist, der das Wachstum derselben beschleunigt hat. Er empfiehlt fraktionierte Behandlung mit kleinen Dosen, indem er auf die Erfahrungstatsache verweist, daß ältere Krebszellen leichter zerstört werden als junge. Um den Krebs durch Radium mit Erfolg bekämpfen zu können, muß man nach seiner Ansicht die jungen Krebszellen erst zu alten werden lassen. *O. Meyer* (Stettin).

Steffens, Paul: Strahlentherapie und Anionenbehandlung. (*Inst. f. physikal. Heilmethoden v. Dr. Paul Steffens, Magdeburg.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Hamburg-Eppendorfer Krankenh.), S. 851—857. 1914.

Verf. schildert seine therapeutischen Erfolge mittels der Anionenbehandlung. Er folgerte aus seinen Untersuchungen und Erfahrungen: ähnliche therapeutische Erfolge wie durch die radioaktiven Bäder, deren heilkräftige Wirkung wenigstens zum Teil auf ihrem Reichtum an negativen Jonen, den β-Strahlen beruht, lassen sich in geeigneten Fällen erzielen durch einen künstlich erzeugten Strom freier negativer Jonen, wie sie bei der „Anionenbehandlung" zur Anwendung kommen. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Istomin, E. K.: Zur Frage der Verwendung der freien Autoplastik bei Hirnbrüchen und Kiefergelenkankylosen. (*Charkoffsches Landschaftskrankenh.*) Chirurg. Arch. Weljaminowa Bd. **30**, H. 2, S. 246—256. 1914. (Russisch.)

Deckung des Schädeldefekts nach Operation eines vorderen Hirnbruchs durch einen Periostknochenlappen aus der Tibia. Die freie Transplantation sei den gestielten Lappen aus der Nachbarschaft des Defekts vorzuziehen, da sie technisch einfacher sei und den Schädel in der Umgebung nicht deformiere. Weiter Beschreibung eines Falles von Kiefergelenkankylose, der nach Rochet mit Resektion des Kieferwinkels und Interposition eines gestielten Lappens aus dem Masseter operiert wurde. Es kam zu einem Rezidiv, wahrscheinlich infolge ungenügender Entfernung des Periosts der Innenseite. Bei der zweiten Operation wurde der Kiefer an derselben Stelle reseziert mit Interposition eines Lappens aus dem Glutäus mit bestem Dauerresultat. Die freie Transplantation sei vorzuziehen, weil bei Entnahme des Lappens aus dem Masseter dieser geschädigt werde. Verf. zieht in Fällen von Kieferankylose Muskel der Fascie vor, weil Muskelgewebe den Defekt im Knochen besser ausfülle und dadurch die Resektionsstümpfe besser voneinander isolieren.

Riesenkampff (St.-Petersburg).

Gray, A. L.: Fracture of the skull. (Schädelbruch.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 5, S. 123—124. 1914.

Nicolas, J., H. Moutot et J. Gaté: Deux cas de syphilis cranienne à larges séquestres. (2 Fälle von Schädelsyphilis mit großen Sequestern.) Prov. méd. Jg. **27**, Nr. 22, S. 237—239. 1914.

Bericht über zwei, durch die Größe ihrer die ganze Schädeldecke durchsetzende Sequester bemerkenswerte Fälle, die nach vorhergehender, wenig erfolgreicher Quecksilber- und Jodbehandlung mit einigen Salvarsanangaben ausgezeichnet beeinflußt wurden. In beiden Fällen mußten die Sequester durch chirurgisches Eingreifen entfernt werden. *Linser* (Tübingen).

Hirnhäute, Gehirn:

Marchesi, Clemente: Nuovo procedimento per la ricerca della pars opercularis del gyrus frontalis inferior con speciale riguardo alla pratica chirurgica. (Neues Verfahren zur Aufsuchung der Pars opercularis des Gyrus frontalis inferior mit speziellem Bezug auf die praktische Chirurgie.) Gazz. internaz. di med.-chirurg.-ig. Jg. **1914**, Nr. 17, S. 396—397. 1914.

Auf mathematischer Grundlage konstruiert Marchesi eine Raute entsprechend der Pars opercularis. Als fixe Ausgangspunkte dienen die äußere Gehörgangsöffnung, der äußere Augenwinkel und der Halbierungspunkt dieser Linie. Im übrigen ist die komplizierte Methode im Original nachzulesen, woselbst eine erläuternde Abbildung beigegeben ist. *v. Lobmayer* (Budapest).

Trendelenburg, Wilhelm: Die Methode der reizlosen Ausschaltung am Gehirn und die Theorien der physiologischen Hirnpathologie. (*Physiol. Inst., Innsbruck.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **3**, H. 4/5, S. 328—339. 1914.

Die Methode des Verf. ist die reizlose und Übergangsausschaltung der einzelnen Teile des Gehirns und Rückenmarks. Beim Durchschneiden des Kopfmarks an der Grenze des Halsmarks wird ein Atmungsstillstand und Sinken des Blutdrucks erzielt. Einige suchen diesen Grund darin, daß das Kopfmark ein Atmungs- und Gefäßweitezentrum ist, andere behaupten eine Hemmung käme zustande durch Reizwirkung. Zur Entscheidung dieser Fragen ist nur eine Methode geeignet, wo die reizlose Ausschaltung sehr schnell ist und nach Wunsch kürzere oder längere Zeit dauert. Eine solche Methode ist die Abkühlung. Die Abkühlung des ganzen Hirn- und Kopfmarks ist nach Verschluß beider Vertebralarterien durch die Abkühlung des carotiden Bluts möglich. Zur Abkühlung des Halsmarks oder eines anderen Segments genügt es, den betreffenden Teil mit einem Schlauche zu umschließen, in welchem kaltes Wasser zirkuliert. Die entsprechenden Gehirnzentren sind nach Trepanation auch abkühlbar. Bei dieser Methode bleibt die Funktion ohne jeden Reiz aus. Verf. befindet sich in dieser Hinsicht im Gegensatz zu Monakow. *v. Bakay* (Pressburg).

Stertz, Georg: Die klinische Stellung der amnestischen und transcorticalen motorischen Aphasie und die Bedeutung dieser Formen für die Lokaldiagnose besonders von Hirntumoren. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **51**, H. 3/6 (Festschr. d. Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf z. 25jähr. Bestehen), S. 239—287. 1914.

Delsaux, V., et E. Delstanche: L'écoulement de matière cérébrale par le conduit auditif, dans les fractures de la base du crâne. (Entleerung von Gehirnsubstanz durch den Gehörgang bei Basisbrüchen.) Presse oto-laryngol. belge Jg. **13**, Nr. 4, S. 161—172. 1914.

Verff.s Arbeit basiert auf einem vor Jahren beobachteten schweren Falle von Basisbruch; trotzdem sich aus dem Ohre Gehirnsubstanz in großer Menge entleerte, heilte der Kranke. Im Anschlusse daran sammelten Verff. analoge Beobachtungen aus der Literatur, deren Krankengeschichten sie kurz mitteilen. Es folgt eine Besprechung der Pathologie, anatomischen Verhältnisse und der Symptomatologie dieser schwersten Komplikationen bei Schädelbrüchen. Die Behandlung betreffend betonen Verff. den modernen, radikaleren Standpunkt. Lumbalpunktionen, ev. dekomprimierende Trepanationen und Drainage des subarachnoidealen Raumes sind wohlbegründete Maßnahmen der modernen Chirurgie. Bei Ausfluß von Liquor oder von Gehirnsubstanz aus dem Gehörgange gesellt sich zum chirurgischen Vorgehen ein speziell otiatrisches, welches ein Vermeiden ascendierender Infektion bezweckt. *Gergö* (Budapest).

Fummi, Antonino: Un caso di frattura comminuta delle ossa craniche con vasta perdita di sostanza cerebrale (zona rolandica.) (Ein Fall von Comminutivfraktur der Schädelknochen mit großem Verlust der Hirnsubstanz [Zona Rolandica].) (*Osp. civ., Civitavecchia.*) Riv. osp. Bd. **4**, Nr. 9, S. 432—434. 1914.

Bericht über einen Fall von schwerer Kontusion des Hirns mit Substanzverlust der Hirnrinde in der linken motorischen Gegend. Infolge einer Comminutivfraktur wurden elf Knochenfragmente aus der Hirnrinde extrahiert. Die Zermalmung war links, es bestand eine kontralaterale totale Lähmung des Arms und Beins und spastische Krämpfe auf der verletzten Seite. — Nach Toilette der Wunde wurde die Hautwunde vereinigt mit Gazedrainage. 4 Monate nach der Verletzung kam nach und nach die Beweglichkeit in den gelähmten Gliedern zurück. Verf. nimmt an, daß die Ganglien der Basis die Funktion der motorischen Zentren übernommen haben. *Monnier* (Zürich).

Gunn, F. H., and H. C. Fairbrother: Deeps wound of brain. (Eine tiefe Gehirnverletzung.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 21, S. 1634. 1914.

Bei einer Rauferei spaltete ein Grieche dem anderen mit einer Axt den Schädel, die Verletzung ging durch den linken Stirnlappen, Augapfel und Oberkiefer. Die klaffende Wunde wurde mit einigen Knopfnähten vereinigt, der Augapfel entfernt, die Highmor-Höhle drainiert. Glatte Heilung. Abbildung. *v. Lobmayer* (Budapest).

Marie, Pierre, et Michel Léon-Kindberg: Le coma dans l'hémorragie cérébrale, trépanation décompressive du côté sain. (Das Koma bei cerebraler Hämorrhagie; druckentlastende Trepanation auf der gesunden Seite. Presse méd. Jg. **22**, Nr. 45, S. 429—432. 1914.

Das nach cerebraler Hämorrhagie eintretende Koma ist die Folge des gesteigerten Hirndruckes, der die gesund gebliebene Hemisphäre außer Funktion setzt. Die einzige Möglichkeit, den Hirndruck zu beseitigen, liegt in der druckentlastenden Trepanation, die Verff. bei zwei Kranken ausführen ließen mit dem Erfolg, daß das Bewußtsein bei dem einem für 6 Tage wiederkehrte, während bei dem anderen das Koma sich verminderte; doch starben beide Kranke (nach 1, bzw. 6 Tagen). Es wird die Forderung gestellt, bei jedem Kranken mit den Erscheinungen der cerebralen Hämorrhagie, die innerhalb 3 Stunden nach ihrem Eintreten zu tiefem Koma führt, die durckentlastende Trepanation ins Auge zu fassen; ebenso bei jedem Kranken, bei dem das zunächst leichte Koma im Verlaufe einiger Stunden oder Tage schwer wird. Die druckentlastende Trepanation muß breit ausgeführt werden über der Hemisphäre der gesunden Seite, nicht auf der kranken Seite. *Gümbel* (Bernau).

Wojatschek, W.: Über paradoxale Fälle von Gehirnabscessen otitischen Ursprungs. (*Hals-, Ohren- u. Nasenklin., Prof. N. P. Ssimanowski, K. Milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Westnik uschnych, gorlowych u nossowych bolesnej Jg. 4, H. 5, S. 362 bis 379. 1914. (Russisch.)

Trotz umfangreicher Literatur und Kasuistik bleibt die Diagnose obengenannter Komplikation schwierig, nicht zum mindesten der paradoxalen Symptome wegen. Einen Beitrag von 2 Fällen bringt hierzu Verf.: 1. Fall: 26jähriger Bauer mit beiderseitiger chronischer Otorrhöe. Am 8. 11. 1913 linkerseits Radikaloperation des linken Mittelohres mit Antrotomie. Die 1 qcm weit entblößte Dura mater der mittleren Schädelgrube erwies sich unverändert. In den ersten Tagen p. op. Wohlbefinden. Dann wuchsen allmählich die Anzeichen eines Hirnabscesses an, doch lehnte Pat. eine zweite Operation ab. Erst nach Auftreten von schweren Symptomen (Erbrechen, Kopfschmerzen) wurde die Operation am 28. 11. vorgenommen. Labyrinthotomie. Resultatlose Punktion des Schläfenlappens, über dem die Dura dunkel und verdickt erschien. Am 6. 12. Exitus. Die Autopsie deckte einen großen Absceß der linken Kleinhirnhemisphäre auf. Auf Grund einer ausführlichen Besprechung der Bárányschen Untersuchungsmethode sieht Verf. das Paradoxe dieses Falles im Mißlingen des Zeigeversuches von Bárány, nämlich in der Abwesenheit eines spontanen Fehlgreifens mit der linken Hand. Entweder war das Großhirn oder ein anderes Organ kompensatorisch eingetreten, oder im Kleinhirn war die Region, welche gerade die Bewegungen des Kopfes regiert, betroffen, denn der Kopfversuch war unterblieben. 2. Fall. Trotz radikaler Operation des linken Mittelohres und nachfolgender Sinuseröffnung, wie wiederholter Punktionen konnte der bei der Autopsie aufgedeckte Absceß des linken Schläfenlappens intra vitam nicht gefunden werden. Dieser Fall wird vom Verf. nicht näher analysiert. Das Paradoxe mag im positiven Ausfall des Bárányschen Zeigeversuches, der gewissermaßen für eine Affektion des Kleinhirns sprach, zu suchen sein. Es wird zum Schluß noch eine dritte Beobachtung von otitischem Hirnabsceß mit intermittierendem Fieberverlauf und glücklichem operativen Ausgange mitgeteilt. *Stromberg* (St. Petersburg).

Kalischer, S.: Die Reflexepilepsie und ihre chirurgische Behandlung. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. 18, Nr. 4, S. 368—388. 1914.

Sammelreferat.

Karplus, I. P.: Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Gehirnvorgänge beim epileptischen Anfall. (*Physiol. Inst., Univ. Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 20, S. 645—651. 1914.

Verf. durchtrennte bei Hunden und Affen den Balken der ganzen Länge nach und konnte sowohl unmittelbar nach der Operation als auch einige Wochen nach derselben durch elektrische Reizung einer Hirnhemisphäre allgemeine Krämpfe erzielen. Verf. zieht daraus den Schluß, daß für den Fall, als ein lokaler Rindenreiz beim Menschen oder Tier zu einem allgemeinen epileptischen Anfall führt, die Erregung nicht durch den Balken, sondern auf dem Wege über den Hirnstamm die zweite Hemisphäre erreicht. Welche Teile des Hirnstammes dabei in Frage kommen, müssen erst weitere Untersuchungen lehren. *Denk* (Wien).

Giorgi, Giorgio: Contributo allo studio delle cisti della regione rolandica. (Beitrag zum Studium der Cysten der Rolandschen Gegend.) Riv. osp. Bd. 4, Nr. 9, S. 413—419. 1914.

Turnbull, Arthur: Cerebral cyst without localizing symptoms. (Hirncyste ohne Herdsymptome.) Brit. med. journ. Nr. 2790, S. 1350. 1914.

Otitischer Schläfenlappenabsceß bei 5jährigem Kind ohne Herdsymptome.
Gümbel (Bernau).

Pussep, L. M.: Die operative Behandlung der Hirntumoren. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg 31. III.—3. IV. 1914. (Russisch.)

Operationen, welche den Zweck haben, den intracerebralen Druck zu vermindern, sollen nur in den seltensten Fällen angewandt werden; wo es irgend angängig ist, soll die Geschwulst entfernt werden. Die Indikationen zu diesem letzteren Vorgehen sind in letzter Zeit bedeutend erweitert worden, da es möglich geworden ist, auch in schwierig zu erreichende Gebiete vorzudringen. Während die Entfernung von Tumoren des Großhirns meist gut gelingt, ist die Mortalität bei Operationen am Kleinhirn noch sehr

groß. Die in letzter Zeit vom Autor versuchte Methode der „physiologischen Exstirpation" ergab sehr gute Resultate, daher ist es nicht ausgeschlossen, daß es in Zukunft gelingen wird, auch sehr tief gelegene Tumoren ohne weitere Läsion des Gehirns zu entfernen. Da die Frühoperation von größter Bedeutung ist, darf die spezifische Behandlung nicht lange angewandt werden. Gibt dieselbe innerhalb von 6 Wochen kein Resultat, so muß zur Operation geschritten werden. Auch die gutartigste Geschwulst des Gehirns führt unbedingt zum Tode, weswegen stets operiert werden muß. Von größter Wichtigkeit ist die genaue Diagnose und Lokalisation. Eigelsberger konnte in 12 von 32 Fällen den Tumor bei der Operation nicht finden; bei der Sektion zeigte sich, daß die Tumoren wo anders lokalisiert waren, als dieses vor der Operation angenommen worden war. Ein derartig großer Prozentsatz der Fehldiagnosen erklärt sich dadurch, daß der Chirurg nicht imstande ist, den Bau des Gehirns gründlich genug zu kennen, daher muß unbedingt verlangt werden, daß die Neuropathologen in ihrem Gebiete selbständig operieren. *v. Holst* (Moskau).

Dutoit, Ch.: Quelques résultats du traitement palliatif de la papille étranglée dans les tumeurs cérébrales. Ponction lombaire, trépanation décompressive, ponction du corps calleux. Résumé d'ensemble. (Einige Resultate der Palliativbehandlung der Stauungspapille bei Hirntumoren [Lumbalpunktion, Dekompressivtrepanation, Balkenstich].) Sammelreferat von Dr. Ch. Dutoit, Montreux. Clin. ophtalmol. Bd. 6, Nr. 5, S. 275—285. 1914.

Die Vermehrung des Liquor cerebralis bewirkt einmal mechanische Kompression des Sehnerven und verhindert dadurch den Lymphabfluß aus dem Auge, dessen Hauptemissarium die Papilla darstellt. Die hierdurch im Sehnervenkopf entstehende Lymphstase wird gleichfalls den Nervenfasern verhängnisvoll, daher beginnt die Atrophie bei Stauungspapille stets an der Papille. Bei längerer Dauer wird das Sehvermögen stets ganz oder fast ganz vernichtet. Da das Leben trotz des fast stets als Ursache existierenden Hirntumors oft noch viel länger erhalten bleiben kann, erwächst dem Arzt die Aufgabe, den Verfall des Sehvermögens hintanzuhalten. Das kann nur geschehen durch Normalisierung des Hirndrucks. Daher ist bei Verfall des Sehvermögens eine Palliativoperation dringend angezeigt, falls eine Radikaloperation zur Entfernung des Tumors nicht möglich oder ratsam ist. — 1908 veröffentlichte v. Hippel Beobachtungen über 221 Beobachtungen über Trepanation bei verschiedenen Gehirnleiden. 53 starben, bei 100 ging die Stauungspapille zurück. Das Sehvermögen hielt sich nur in den Fällen gut, in denen es zur Zeit des Eingriffs noch nicht erheblich gesunken war. In 189 weiteren Fällen von Trepanation bei Tumor cerebri sind die Resultate etwa gleich. Die Gefahren der Operation liegen in der Infektionsmöglichkeit und dem Schock. Ergänzend berichtet v. H. 1910 über 10 Fälle von Stauungspapille nach Hydrocephalus, Tumor cerebelli, hypophyseos, Tuberkeln, die infolge Unterlassens der Operation erblindeten, aber noch 5—17 Jahre lebten. Kaelin-Benzinger empfiehlt 1913 nach der Trepanation vor der Eröffnung der Dura eine Ventrikelpunktion, bzw. die Eröffnung als zweite Operation und verbunden mit der Einführung eines Drains in den Ventrikel. — Weniger gefährlich ist die Lumbalpunktion. Nach Trocmé handelte es sich bei 35 Todesfälle nach Lumbalpunktion etwa in der Hälfte um Kleinhirntumor. Erfolg sieht er wie Widal und Digue nur, wenn sie, sooft es nötig ist, wiederholt wird. Velter will Lumbalpunktion als ersten Eingriff gelten lassen (einmal Rückgang der Stauungspapille), fünfmal war sie erfolglos, während eine Trepanation Rettung brachte. Kaelin-Benzinger denkt ähnlich, allein bzw. öfter wiederholt genügt die Lumbalpunktion nur bei Stauungspapille nach syphilitischen Neubildungen, Meningitis serosa, Nephritis chronica. Siegrist hat nach drei- bis fünfmaliger Lumbalpunktion Erfolg gehabt und empfiehlt sie besonders für die Fälle mit dunkler Ätiologie. — Die neueste Operationsmethode, den Balkenstich, bespricht v. Hippel 1912 und 1913 im Zusammenhang mit den Erfahrungen Antons und v. Bramanns. Er ist relativ leicht und unter Lokalanästhesie zu machen, führt nicht zu Hirnprolaps und kann wiederholt werden. v. H. teilt seine 36 Fälle in zwei Gruppen: 1. solche mit gutem Sehvermögen, 23 Patienten; 10 Todesfälle im Laufe der Beobachtung (1 nach 3 Tagen, 2 nach 1 Monat, 2 nach 2 Monaten, 2 nach 3 Monaten, je 1 nach 8 Monaten, 10 Monaten, $2^1/_2$ Jahren). 6 Fälle behielten nach Rückgang der Stauungspapille ohne Atrophie gute Sehschärfe. Von diesen starben 2 nach 2—3 Monaten. 10 von den Patienten der 1. Gruppe zeigten nach Balkenstich keine Veränderung der Stauungspapille, doch wurde diese in 3 Fällen durch eine nachfolgende Trepanation geheilt. — Von 13 Fällen der 2. Gruppe mit bereits herabgesetztem Sehvermögen starben 7, im Zeitraum von 4 Tagen bis zu 11 Monaten. Trotz der nicht übermäßig günstigen Erfolge halten v. Hippel und Anton doch sehr viel von dieser Operation, die Resultate werden nach ihrer Ansicht besser

werden, wenn mehr im Frühstadium operiert wird. Heßberg hat durch Balkenstich von 7 Fällen in zweien bei Hirntumor keine Besserung erzielt, von den übrigen an Hydrocephalus erkrankten wurden 3 geheilt. Schloffer teilte 1913 10 Beobachtungen über Balkenstich mit, nur bei 2 Patienten hob sich das Sehvermögen zur Norm, in 5 Fällen besserte es sich merklich durch nachgeschickte Palliativtrepanation. Gewisse Besserung nach Balkenstich sah auch Bebmarski. Wenn sich sonach diese Operationsmethode besonders bei Hydrocephalus eignet, hat v. Hippel doch auch bei sicherem Tumor Erfolge gesehen. *Meisner.*

Rispal et Pujol: La mort rapide après la ponction lombaire. A propos de deux observations personnelles. (Plötzlicher Tod nach Lumbalpunktion. Nach zwei eigenen Beobachtungen.) Toulouse méd. Jg. **16**, Nr. 10, S. 310—311 u. Nr. 11, S. 331 bis 342. 1914.

Bis jetzt sind ungefähr 50 Todesfälle nach Lumbalpunktion veröffentlicht worden. In 80% davon handelt es sich um Kranke mit Tumor, besonders Cerebellartumor. Bericht über drei Beobachtungen:

Fall I: 34 jähriger Mann mit sehr heftigen Kopfschmerzen. Objektiv Motilitätsstörungen in den Beinen. Keine Augenbindegewebsveränderungen. Wegen Verdacht auf Hirntumor Lumbalpunktion. Nach Ablassen von 4 ccm Flüssigkeit 3 Stunden später Kollaps. Exitus. Sektion ergibt eine Kleinhirncyste von der Größe einer Walnuß im Wurm. Keine Blutung. Fall II: 48 jähriger Mann mit seit mehreren Monaten bestehenden schweren Motilitäts- und Intelligenzstörungen. Lumbalpunktion: 5 ccm sehr eiweißreiche Flüssigkeit abgelassen. Bald nachher Kollaps, 12 Stunden später Exitus. Sektion ergibt Gliom des rechten Stirnlappens. Fall III: 20 jähriges Mädchen mit schweren Intelligenzstörungen, beginnender Sehnervenatrophie, Harn- und Stuhlinkontinenz. 3. Lumbalpunktionen. Nach jeder schwere Anfälle von Kopfschmerz und Erbrechen, nach der letzten lebensbedrohendes Delirium.

Die Technik war in allen Fällen derart, daß die Punktion in liegender Stellung mit feiner Nadel ausgeführt wurde, nach den Vorschriften von Sicard. Die Ansicht Sicards, daß derartige Todesfälle auf Fehler der Technik zurückzuführen seien, ist also nicht haltbar. Von anderen Hypothesen sind zu erwähnen: Veränderungen des intrakraniellen Drucks durch die Flüssigkeitsentnahme, ferner Ödeme oder Hämorrhagien ex vacuo ähnlich wie bei der Thorakotomie. *Schlesinger* (Berlin).

Humes, Charles D.: Report of a case of gliosarcoma of the brain. (Bericht über einen Fall von Gliosarkom des Hirns.) Indianapolis med. journ. Bd. **17**, Nr. 5, S. 204—206. 1914.

Hypophyse:

Harms, Heino: Über Hypophysenganggeschwülste. Ein kasuistischer Beitrag. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **51**, H. 3/6 (Festschr. d. Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf z. 25jähr. Bestehen), S. 438—441. 1914.

Die Hypophysenganggeschwülste entstehen aus Plattenepithelhaufen, die als Überreste des Hypophysenganges mitten im normalen Hypophysengewebe gelegen sind. Sie können vom Hypophysenvorderlappen und dem Infundibulum ausgehen, liegen genau median innerhalb des Circulus arteriosus Willisi und hinter dem Chiasma opticum, sie sind solide oder cystisch Erdheim hat 21 sichere Fälle zusammengestellt.

Der Fall Harms betraf eine 36jährige Frau mit Symptomen eines Tumors der Kleinhirnbrückenwinkelgegend. Keine auf Hypophysenerkrankung deutende Erscheinungen. Exitus unter Dyspnöe und Cyanose. Sektion: Hypophyse selbst intakt. Anatomisch benigne cystisch-papilläre Plattenepithelgeschwulst des Hypophysenganges. Die Symptome waren durch Druckwirkung der Geschwulst vornehmlich nach hinten gegen Brücke und Kleinhirn zustandegekommen. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Auge:

Krevet, Berthold: Der Wert der Bindehautdeckung bei perforierenden Bulbusverletzungen und Cornealgeschwüren nach Literatur und Material der Gießener Augenklinik. Samml. wiss. Arb. H. **7**, S. 1—72. 1913.

Löwenstein, A.: Zur Aktinomykose der Hornhaut. (*Dtsch. Univ.-Augenklin., Prag.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. **52**, H. 6, S. 859—863. 1914.

Bericht über drei Fälle von subakuten Hornhautgeschwüren, die sich alle drei an das gleiche Trauma (Braunkohlensplitterverletzung) anschlossen und nach erfolgloser konservativer Behandlung auf Kauterisation abheilten. In den Geschwüren fand sich Pilzfäden, die kulturell als Aktinomycesfäden sichergestellt wurden. *Kappis* (Kiel).

Rollet: Six ablations de cancers orbitaires avec conservation de l'œil. Résultats éloignés. (6 unter Erhaltung des Auges operierte Orbitalcarcinome. Fernresultate.) Arch. d'ophtalmol. Bd. **34**, Nr. 5, S. 257—263. 1914.

Hinweis auf die Tatsache, daß es sich bei der Erblindung durch Orbitaltumoren in vielen Fällen nicht um eine Geschwulstentartung des Sehnerven handelt, sondern um eine reine Kompressionsatrophie, die sich durch frühzeitige Operation vermeiden ließe. Weiterhin betont Verf., daß es sich bei den Orbitalgeschwülsten in der Regel um gut abgekapselte Tumoren handelt, die sich ohne Verstümmelung durch die parallel dem äußeren Orbitalrand ausgeführte Orbitotomie entfernen lassen. Die Lidränder werden hierzu vernäht, um das Auge vor Nebenverletzungen zu schützen. Wenn der palpierende Finger in der rechten Schicht eingeht, läßt sich sodann die Geschwulst ohne Mühe ausschälen. Die umschriebenen Carcinome geben eine gute Prognose, während die in die Buchten und Nebenhöhlen eindringenden als inoperabel zu betrachten sind. *Strauß* (Nürnberg).

Nase:

Joseph, Jacques: Beiträge zur totalen Rhinoneoplastik. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 13, S. 705—710. 1914.

Als totale Rhinoneoplastik will Verf. nur diejenigen Nasenplastiken bezeichnen, bei denen nicht nur die äußere Haut ganz oder fast ganz ersetzt wird, sondern bei denen auch ein neues Nasengerüst gebildet wird; alle anderen Rhinoneoplastiken sollen als partielle gelten. — Außerst interessante, durch eine Reihe schöner Abbildungen veranschaulichte Beschreibung der vom Verf. geübten Operationsmethoden, welche sämtlich in Lokalanästhesie ausführbar sind. Für den Hautersatz wird die italienische Methode, für die Nasengerüstbildung die osteoplastische Knochentransplantation aus der Tibia empfohlen. — Bei letzterem Verfahren werden 2 getrennte Knochenstücke, ein Dorsalstück für den Nasenrücken und ein etwa 3 cm langes Septalstück eingefügt, das zunächst in die Oberlippe gepflanzt, dann mitsamt der bedeckenden Operlippenhaut als Septum aufgerichtet wird und sich auf den Oberkiefer stützt. Es soll erst die Armhaut überpflanzt werden, und dann in einer zweiten Sitzung die Transplantation der Knochen direkt ins Gesicht stattfinden. Für die chirurgische Modellierung der neugebildeten Nase durch Bildung der oberen Nasenflügelfurche und der Nasenlöcher sind besondere Methoden angegeben. *Kaerger* (Kiel).

Mund:

Korneff, P. G.: Die operative Behandlung der Kiefergelenkankylose mittels freier Fascientransplantation. (*Chirurg. Klin. d. Prof. Zeidler, Med. Hochsch. f. Frauen, St. Petersburg.*) Chirurg. Arch. Weljaminowa Bd. **30**, H. 2, S. 272—277. 1914. (Russisch.)

Mitteilung dreier Fälle von doppelseitiger Kiefergelenkankylose, die mit beiderseitiger Resektion des Gelenkköpfchens und Interposition von frei transplantierter Fascie mit bestem Erfolg operiert worden sind. In allen 3 Fällen war die Ankylose nach Vereiterung der Gelenke im Anschluß an Scharlach eingetreten. Was die Technik betrifft, so ist die Gefahr der Verletzung des Facialis und der Art. maxillaris int. nicht groß, wenn man sich auf einen horizontalen Schnitt am unteren Rande des Jochbogens beschränkt, der bis dicht an den Tragus geführt, genügenden Zugang zum Gelenk schafft, und wenn man die Isolierung des Gelenkfortsatzes vorsichtig subperiostal ausführt. Der Gelenkhals wird mit einem Meißel durchtrennt und das Köpfchen mit einem Hohlmeißel entfernt. Ein gedoppelter Lappen aus der Fascia lata wird in den Spalt eingelegt; eine Fixation des Lappens ist nicht nötig. Die Wunde wird ganz geschlossen. Nach 3 Tagen Beginn mit passiven und aktiven Bewegungen. Die Methode sei einfach und gebe ein gutes funktionelles und kosmetisches Resultat.

Riesenkampff (St. Petersburg).

Kankelwitz, Gerhard: Über zwei Fälle von Osteofibrom des Oberkiefers. Samml. wiss. Arb. H. **8**, S. 1—30. 1913.

Ferrarini, Guido: Über die Möglichkeit, der Parotis durch interglanduläre Anastomose der Parotis- und Submaxillardrüse einen kollateralen Excretionsweg zu schaffen. (*Pathol.-chirurg. Inst., Univ. Pisa.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 24, S. 1017—1019. 1914.

Die Heilung der Fistel des Ductus Stenonianus kann außerordentlich schwierig sein. Verf. hat folgendes Verfahren erdacht, um das Parotissekret auf kollateralem

Wege abzuleiten: Es wird der bei der Exstirpation der Glandula submaxillaris übliche Schnitt gemacht und gleichzeitig dem Rande des oberen Astes des Unterkiefers folgend nach oben hin um etwa 2 cm verlängert. Die Kapseln der Submaxillaris und der Parotis werden reseziert, die Drüsen stumpf beweglich gemacht. Dann ist es ein leichtes, sie in ausgedehnte Verbindung miteinander zu bringen und nach Ausschneidung eines kleinen Teiles die blutigen Oberflächen aneinander zu befestigen. Versuche am Hunde haben ergeben, daß die Parotis ihr Sekret durch die Submaxillaris vermittelst des Ductus Whartonianus abführt. *Colley* (Insterburg).

Martin, Walton: Composite or fibro-epithelial tumors of the lips. (Zusammengesetzte oder fibroepitheliale Tumoren der Lippe.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 719—720. 1914.

Langsam wachsender Tumor der Unterlippe bei 15 jährigem Knaben. Geschwulst hart, verschieblich. Enucleation. Tumor von fibröser Kapsel umgeben, zerfällt deutlich in 2 Teile: fester, zelliger, schleimiger Teil, cystischer Teil mit kubischem und Plattenepithel ausgekleidet. Ursprung nach Ribbert aus den Speicheldrüsen. Der Sitz der Geschwulst, die mikroskpisch als gutartiges Fibroadenom diagnostiziert wurde, an der Unterlippe ist äußerst selten. Die Tumoren der Oberlippe, die meist den Typ der Parotistumoren aufweisen, sind stets bösartig. *Colin* (München).

Bloodgood, Joseph C.: Cancer of the tongue based upon the study of over one hundred cases. (Zungenkrebs; Studie auf Grund von über 100 Fällen.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 23, S. 872—873. 1914.

Operative Mißerfolge entstehen durch ungenügende Fortnahme der Mundbodenmuskulatur, die noch vor den Drüsen ergriffen wird. Verf. geht so vor, daß er zuerst die Halsdrüsen entfernt, von der Wunde aus die angrenzenden Teile des Mundbodens mit dem Thermokauter zerstört und in gleicher Weise weit im Gesunden den Zungentumor entfernt. In fortgeschrittenen Fällen ist eine Unterkieferresektion erforderlich. Von großen Bedeutung ist die radikale Behandlung der präcancerösen Zungenerkrankungen. Unter den letzten 14 Fällen hatte er keine operative Mortalität und ein Rezidiv. *Rittershaus* (Düsseldorf).

Blumenthal, A.: Beiträge zur Lehre von der Rachenmandel. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftw. Bd. **71**, H. 1/2, S. 116—123. 1914.

Bei der Adenotomie stößt das Ringmesser häufig auf knöcherne Widerstände. Es handelt sich nicht immer um eine Vertebra prominens, um das Tuberculum atlantis anticum, sondern nach den Untersuchungen Blumenthals um knöcherne Vorsprünge an der Pars basilaris des Hinterhauptbeins. Auch die Processus condyloidei können einen anatomischen Widerstand bieten, sie überagen häufig, vorne spitz und scharf, die Pars basilaris des Hinterhauptbeins, so daß zwischen dieser und dem vorderen Vorsprung des Processus ein Einschnitt besteht, in dem das Ringmesser sich leicht verfangen kann. Verf. macht weiter darauf aufmerksam, daß bei bestehender Vergrößerung der Rachenmandel die Behinderung der Nasenatmung zum Teil abhängig ist von der Größe des Winkels zwischen Pars basilaris und Vomer. Die Größe dieses Winkels variiert individuell recht beträchtlich. Nach Messungen des Verf. war der kleinste Winkel fast 50 Grade kleiner als der größte. *Kahler.*

Wirbelsäule:

Semerád, Em.: Über Skoliose in der Schule. Časopis lék. ceských Jg. **53**, Nr. 25, S. 791—793. 1914. (Tschechisch.)

Stock hatte in Skalsko 50% aller Schüler skoliotisch gefunden (siehe dieses Zentralbl. Bd. **5**, S. 261), in Jungbunzlau waren nur 3% Skoliosen beobachtet worden. Es können örtliche Verschiedenheiten bestehen; Stock hatte aber auch die $^4/_5$ betragenden geringfügigen, nur schwer festzustellenden Skoliosen mitgezählt, welche stationär bleiben, ja sogar spontan heilen. Seit Benützung der Zahnschen zweisitzigen Bank mit kleinem Minus oder ohne Distanz sind die Skoliosen in Jungbunzlau noch weiter (bis unter 1%), insbesondere in den höheren Klassen gesunken. *Klauber* (Prag).

Fraenkel, Eug.: Über chronische Wirbelsäulenversteifung, mit besonderer Berücksichtigung der sog. Spondylose rhizomélique. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Hamburg. med. Überseeh. Jg. **1**, Nr. 4, S. 155—167. 1914.

Gegenüber der Bearbeitung der Spondylose rhizomélique durch André

Léri in dem Lewandowskyschen Handbuche der Neurologie, der Verf. vor allem die völlige Ignorierung neuerer deutscher Arbeiten vorwirft, fixiert er seinen eigenen Standpunkt: Danach läßt sich Bechterewscher und Pierre Marie-Strümpellscher Typus der Wirbelsäulenversteifung nicht scharf trennen, da kaum bei einem einzigen der von ihm beobachteten Fälle die gesamten oder auch nur die Mehrzahl der von den Autoren als charakteristisch für ihre Krankheitstypen aufgestellten Erscheinungen vorhanden waren. Nach Fraenkel handelt es sich in keinem dieser Fälle um ein Leiden sui generis, sondern um eine, auf dem Boden schleichend verlaufener rheumatischer Prozesse häufig im Anschluß an einmalige Wirbelerschütterung oder wiederholt einwirkende Traumen, gelegentlich auch nach Gonorrhöe entstehende primäre Erkrankung der kleinen Gelenke der Processus articulares, an denen sich zunächst Knorpelusuren, später tiefgreifende Knorpelzerstörungen finden, die zur Versteifung dieser Gelenke führen. Neben den genannten Gelenken erkranken auch mit Vorliebe die Wirbelrippengelenke und die Articulationes sternoclaviculares, sowie gelegentlich auch Schulter oder Hüfte. Die Wirbelerkrankung ist bald absteigend, bald aufsteigend, geht bald mit starker Kyphose, bald mit weniger ausgebildeter Verkrümmung einher und betrifft vor allem Männer zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre. Erst sekundär kommt es zu Spangenbildung an Körperbögen und Dornfortsätzen und zur Porose der beteiligten Wirbel. Primäre osteomalacische Prozesse fehlen sicher. Unverändert bleibt die Form und Höhe der Wirbelkörper sowie die Bandscheiben. Die Spondylarthritis ankylopoetica ist scharf vor allem röntgenologisch abzugrenzen gegen die Spondylitis deformans, bei der sich vor allem Verwachsungen der in ihrer Form veränderten Wirbelkörper durch manchmal sehr massige Exostosen und bandartige Auflagerungen bei normalem Verhalten der mittels des Schlayerschen Kunstgriffes röntgenologisch darzustellenden Gelenkspalten zwischen den Processus articulares vorfinden. Die Spondylitis deformans betrifft zudem vorwiegend Personen nach dem 50. Lebensjahre, verläuft wesentlich chronischer mit Stillständen und ergreift meist nur einzelne Abschnitte der Wirbelsäule. Die Versteifung ist nicht so intensiv, die Verkrümmung meist bedeutender. Die costovertebralen Gelenke sind unbeteiligt, niemals ist das Sternoclaviculargelenk erkrankt. Die Therapie beider Affektionen ist einigermaßen aussichtslos. Bei der Spondylose rhizomélique erfolgt der Tod meist durch Lungenkomplikationen, und zwar nicht selten durch Lungentuberkulose. *Sievers* (Leipzig).

Mayet: Paraplégie pottique à marche rapide guérie en quelques jours par l'application de la méthode d'Abbott. (Schnellverlaufende Paraplegie bei Pottschem Buckel, geheilt in einigen Tagen durch die Abbottsche Behandlungsmethode.) (Soc. d. chirurg. de Paris, séance, 27. III. 1914.) Paris chirurg. Jg. 6, Nr. 4, S. 443 bis 449. 1914.

Michaïlesco, C. D.: Ostéomyélite primitive aiguë de la colonne vertébrale. (Primäre akute Osteomyelitis der Wirbelsäule.) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. 1, Nr. 4/6, S. 258—264. 1914.

Kasuistischer Beitrag. Bei einem 14jährigen Knaben traten nach einem Stoß gegen den Rücken binnen 3 Tagen unter Fiebererscheinungen heftige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule auf, nach weiteren 9 Tagen wurde Urinretention und Paraplegie beider Beine festgestellt, hier waren die Reflexe und die Sensibilität gestört; die Schmerzen waren auf die Lumbosakralgegend vom 4. Lendenwirbel abwärts lokalisiert. Die Lumbalpunktion ergab Staphylokokkeneiter; da nach Entleerung des Eiters die Erscheinungen zurückgingen, wurde von einem größeren Eingriff abgesehen und die Lumbalpunktion täglich wiederholt. Allmählich wurde die entleerte Flüssigkeit klar, nach 1 Monat konnte das Kind wieder gehen und wurde vollkommen geheilt. Als Lokalisation der Krankheit wird ein Arcus posterior der Lendenwirbelsäule angenommen, röntgenologisch wurde die Diagnose nicht gesichert, Sequesterbildung trat nicht ein. *Bergemann* (Berlin).

Lovett, Robert W.: The causes and treatment of chronic backache. With a consideration of the diagnosis of sacro-iliac relaxation. (Die Ursachen und Be-

handlung chronischer Rückenschmerzen mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose der Erschlaffung des Sacro-Iliacalgelenkes.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 21, S. 1615—1620. 1914.

Die verschiedenartigen Namen, mit denen man den Symptomkomplex bezeichnet, beweisen dem Autor, wie wenig das Krankheitsbild geklärt ist, und veranlassen ihn, den Versuch zu machen, das ätiologische und pathologische Bild der Symptomgruppe zu vervollständigen, wobei er Wirbeltuberkulose und organische Nervenkrankheiten außer Betracht läßt. Zum Symptomenkomplex rechnet er beständiges oder intermittierendes Ziehen oder mehr oder weniger akutes Schmerzgefühl im unteren Teil der Wirbelsäule, das einseitig oder doppelseitig auftreten kann, im allgemeinen durch Gehen und Stehen an Intension zunimmt und häufig in die Glutäen und den Oberschenkel ausstrahlt. Nach Erklärung der statischen Verhältnisse der normalen Wirbelsäule und des Beckens, wobei er erwähnt, daß die Wirbelsäule durch Rücken- und Glutäalmuskulatur vom Nach-vorn-fallen gehindert wird, gibt er drei feststehende Varietäten als Ursache für die Krankheit an. 1. Erkrankung der Beckenorgane veranlassen das Individuum, die Wirbelsäule zur Entlastung dieser Organe in eine pathologische Beugung nach vorn zu bringen, wobei die Rückenmuskulatur überdehnt wird. Heilung der Ursache beseitigt den Schmerz nicht immer, es bedarf dazu häufig einer statischen Korrektur der Wirbelsäule. Als 2. Ursache erwähnt er Traumen und erscheint ihm eine Distorsion der Hunderte von Gelenken der Wirbelsäule sehr wahrscheinlich. Schließlich bildet die Arthritis eine häufige Ursache der schmerzhaften Erkrankung. Abgesehen von diesen ätiologisch und pathologisch gut definierten Krankheitsbildern ist ein größerer Teil schwer zu erklären. Ein Teil von diesen Fällen soll durch statische Momente bedingt sein, der andere auf eine Erschlaffung des Sacro-Iliacalgelenkes beruhen. Beweise für letztere Erklärung könnten weder durch Röntgenbilder, noch durch Sektionsresultate gewonnen werden. Autor steht deshalb dieser Erklärung skeptisch gegenüber. Diese Theorien sucht der Verf. an Hand von Fällen in der Praxis zu erklären und kommt zu dem Resultat, daß ihre Differenzdiagnose sehr schwer ist. Die Behandlung kann nur erfolgreich sein, wenn die ätiologischen Momente genügend berücksichtigt werden. *Wertheim* (Coburg.)

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

Bachmachnicoff, V.: Les myélites pneumococciques. (Durch Pneumokokken verursachte Rückenmarksentzündungen.) Méd. prat. Jg. 10, Nr. 26, S. 405—408. 1914.

Gastinel, Pierre: La ponction lombaire thérapeutique. (Die therapeutische Lumbalpunktion.) Progr. méd. Jg. 42, Nr. 24, S. 283—284. 1914.

Die Lumbalpunktion übt einen sehr günstigen Einfluß auf viele Erscheinungen bei den verschiedensten Erkrankungen, so auf den Kopfschmerz im sekundären Stadium der Syphilis; bei den parasyphilitischen Erkrankungen verringert es die Konvulsionen und die epileptiformen Krisen; bei der Rückenmarkschwindsucht lindert sie die Crises gastriques; sie hat einen günstigen Einfluß auf einige Vergiftungen, so auf den Kopfschmerz bei an Brightscher Nierenerkrankung Leidender, bei der nervösen Urämie, bei der Eklampsie und bei den Kopfschmerzen infolge Bleivergiftung. — Erfolglos ist sie bei der Chorea, essentieller Epilepsie und den Psychosen sowie bei der Tetanie. Im letzteren Falle übt sie jedoch einen günstigen Einfluß aus im Verein mit anderen therapeutischen Maßnahmen. Einen höchst günstigen Einfluß bewirkt sie bei der Stauungspapille sowie auf die Amblyopie ohne Veränderung des Augenhintergrundes. Im letzteren Fall ist oft die einzige Punktion von überraschendem Erfolg und verbessert das Sehvermögen rapid, in den meisten Fällen muß sie jedoch öfters, zeitweise wiederholt werden. Einen ähnlichen günstigen Einfluß übt sie auf den Schwindel labyrinthischen Ursprungs aus. Neuerdings sieht man auch in der Dermatologie sehr günstige Resultate, so bei dem Jucken infolge des Wilsonschen Lichen, bei dem Prurigo infolge Intoxikation, beim trockenen Ekzem. Schließlich übt sie einen günstigen Ein-

fluß auf den arteriellen Blutkreislauf und auf einige glanduläre Erscheinungen. Beide letztere Fragen sowie noch viele andere warten noch auf ein eingehenderes Studium.
v. Lobmayer (Budapest).

Baeyer, H. v.: Ein neues Symptom bei der Tabes. (*Krankenh. München l. d. Isar.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 20, S. 1105—1106. 1914.

Wird beim gesunden Menschen die Haut mit der Fingerkuppe gedrückt, und so nach den verschiedenen Richtungen hin verschoben, so erkennt dieser die Manipulationen ganz genau und gibt sie richtig an; beim Ataktiker hingegen ist dieses Verschiebungs- und Spannungsgefühl erheblich gestört; die Richtung der Hautverschiebung wird fast stets falsch angegeben. Da die Störungen öfters schon deutlich vorhanden sind, wenn feinste Berührungen mit Watte noch ganz genau wahrgenommen werden, so ist dieses Symptom der nicht richtig empfundenen Hautverschiebung als ein Frühsymptom bei der Tabes mit zu verwerten. *Dunzelt* (München).[M]

Wahl, H. R.: Neuroblastomata: With a study of a case illustrating the three types that arise from the sympathetic system. (Neuroblastome; mit Bericht über einen Fall, der die 3 Zelltypen illustriert, welche vom sympathischen Nervensystem ihren Ausgang nehmen.) (*Pathol. laborat., Western res. univ. a. Lakeside hosp., Cleveland, Ohio.*) Journ. of med. res. Bd. **30**, Nr. 2 S. 205—260. 1914.

Die Arbeit enthält eine ausführliche Literaturübersicht über die verschiedenen Arten der sympathischen Nerventumoren, von denen Verf. Ganglioneurome, maligne Neuroblastome und chromaffine Tumoren unterscheidet. Es wird dann eine eigene Beobachtung ausführlich beschrieben, ein Tumor der linken Nebenniere mit Metastasen in den Lymphdrüsen und in der Leber bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen, der eine Sonderstellung dadurch einnimmt, daß hier alle 3 Zelltypen, undifferenzierte Neuroblasten, Ganglienzellen und chromaffine Zellen nebeneinander vorhanden sind. Die Arbeit ist durch mehrere Skizzen und zahlreiche Mikrophotogramme illustriert. *Oskar Meyer* (Stettin).

Jones, Robert: The surgical treatment of infantile paralysis. (Die chirurgische Behandlung der Kinderlähmung.) Clin. journ. Bd. **43**, Nr. 23, S. 353—362. 1914.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **6**, S. 140.

Hals.

Allgemeines:

Mauclaire: Phlegmons et abcès du cou. (Phlegmonen und Abscesse am Hals.) (*Hôp. de la charité, Paris.*) Progr. méd. Jg. **42**, Nr. 17, S. 198. 1914.

Bégouin: Deux cas de lympho-sarcome du cou. Ablation chirurgicale associée à la radiumthérapie et à la radiothérapie. (2 Lymphosarkome des Halses, chirurgische Entfernung combiniert mit Röntgen- und Radiumbehandlung.) Arch. d'électr. méd. Jg. **22**, Nr. 384, S. 641—644. 1914.

Kehlkopf und Luftröhre:

● **Mann, M.: Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie (Technik und Klinik).** Würzburg: Curt Kabitzsch 1914. 208 S. u. 15 Taf. M. 10.50.

Mann hat seinen im Handbuch der Chirurgie der oberen Luftwege erschienenen Artikel über die Technik der Tracheo-Bronchoskopie nach der klinischen Seite hin erweitert und so ein Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie geschaffen. Der Gedanke war überaus glücklich. Die Absicht, die der Autor in der Vorrede äußert, in dem Werke zu zeigen, daß die Tracheo-Bronchoskopie nicht mehr bloß eine Technik ist, mit der man Fremdkörper aus den Luftwegen holen kann, sondern eine Untersuchungsmethode darstellt, die neben alten und neuen bei zahlreichen Erkrankungen im Brustraume einen hervorragenden Platz verdient, ist sehr dankenswert, da die Bedeutung dieser Untersuchungsmethode für die Diagnostik und Therapie der Erkrankung des Tracheobronchialraums noch sehr unterschätzt wird. — Das Buch gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird nach einer kurzen anatomischen Dar-

stellung und einer historischen Einleitung genau das Instrumentarium besprochen und nach Nationen geordnet die verschiedene Methodik und Instrumentierung dargestellt. Hierauf folgt nach einer Besprechung der am Bronchialbaum sichtbaren Bewegungen eine genaue Schilderung der Technik der oberen und der unteren Tracheo-Bronchoskopie. — Der zweite Teil ist der Klinik gewidmet, sehr ausführlich werden die Fremdkörper, nach ihrer Art geordnet, abgehandelt. Die Literatur ist vollständig berücksichtigt. Es folgt dann die Besprechung der einzelnen Erkrankungen des Bronchialbaums; hier werden die von Kahler zuerst beobachteten kongenitalen Anomalien (Divertikelbildungen) erwähnt, hierauf wird auf die entzündlichen Erkrankungen eingegangen. M. konnte die guten therapeutischen Erfolge Ephraims bei chronischer Bronchitis und Bronchialasthma, die durch bronchoskopische Instillation von Anästhesierungsflüssigkeiten erzielt wurden, bestätigen. Auch für die Diphtherie der Trachea ist die Tracheoskopie manchmal von Vorteil, Membranen können auf diesem Wege entfernt werden. Tuberkulöse Erkrankung der Trachea wurde im Tracheoskop nur einmal von Schroetter beobachtet, Syphilis bedeutend häufiger. M. konnte 31 Fälle zusammenstellen. Sehr vorteilhaft hat sich die Tracheo-Bronchoskopie auch bei Sklerom der Trachea zwecks Erweiterung der Stenosen erwiesen. Schöne Erfolge wurden auch in therapeutischer Hinsicht bei den Geschwülsten des Tracheobronchialbaums erzielt. — Nun folgt ein Abschnitt, in dem die Erkrankungen des Tracheobronchialbaumes infolge von pathologischen Veränderungen in seiner Umgebung geschildert werden. Die häufigste Verengerung der Luftröhre ist die durch Strumakompression. Interesse beanspruchen die vier zur Beobachtung gekommenen Fälle von Kompression der Luftröhre durch Wirbelabscesse. Auch das Übergreifen von Oesophaguscarcinomen auf das Tracheobronchialrohr wurde öfters beobachtet. Therapeutische Eingriffe wurden mit der direkten Untersuchungsmethode auch schon bei Kompressionen des Tracheobronchialrohres durch tuberkulöse Drüsen ausgeführt. Größeres Interesse beanspruchen die Beobachtungen des Autors über die Schädigung der unteren Luftwege durch die Lymphdrüsenanthrakose. Warm empfiehlt Mann die Tracheo-Bronchoskopie für die Diagnose von Mediastinaltumoren und Aneurysmen. Der klinische Abschnitt schließt mit der Besprechung der von Kahler durch diese Methode nachgewiesenen Stenosen des linken Bronchus bei Vorhofsvergrößerung und der Säbelscheidentrachea bei Lungenemphysem. — Den Schluß des schön ausgestatteten Werkes bilden eine Anzahl farbiger Tafeln „ungehobener Schätze der pathologisch-anatomischen Sammlungen des Dresdener Stadtkrankenhauses". *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Yorke, Courtenay: A method of anaesthetizing the larynx. (Eine Methode der Anästhesierung des Kehlkopfes.) Brit. med. journ. Nr. 2789, S. 1290—1291. 1914.

In einer Reihe von Fällen ist Cocainbepinselung des Kehlkopfes nicht angebracht bei Entzündung der Schleimhaut, wenn sehr vollkommene Schmerzlosigkeit erforderlich ist, und bei großer Empfindlichkeit des Patienten gegen Cocain. In diesen Fällen soll man den Kehlkopf durch Leitungsunterbrechung des N. laryngei interni unempfindlich machen. Vorher gibt man Morphium-Atropin. Oft ist auch Kombination von Cocainbepinselung mit Novococaininjektion angezeigt. Alle Methoden treffen den Nerven dort, wo er die Membrana thyreo-hyoidea durchbohrt. Vorsicht ist nötig, damit die Nadel nicht zu tief in den Pharynx gleitet, da die Lage des Sinus pyriformis veränderlich ist. Dieselbe ist ungefähr beim Mann $1^1/_4$ Zoll, bei der Frau $^3/_4$—1 Zoll am oberen Rande des Schildknorpels von der Mittellinie des Halses entfernt. Verf. verwendet 5 proz. Nococainlösung. Die Injektion von Harnstoff mit Chininum hydrochloricum ergab keine guten Resultate. Bei 55 Fällen hat sich kein unangenehmer Zufall ereignet. *Schlesinger* (Berlin).

Sobernheim, Wilhelm: Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose nach Pfannenstill und nach Friedmann. (*Städt. Krankenh., Moabit u. Poliklin. f. Hals-, Nasen-*

u. Ohrenkrankh. v. Dr. Sobernheim, Berlin.) Therap. d. Gegenw. Jg. 55, H. 6, S. 250 bis 254. 1914.

Bei 2 Patienten mit Kehlkopftuberkulose brachte die Behandlung mit Ozoninhalationen ohne Jodkaligebrauch, abgesehen von einem subjektiven Gefühl der Erleichterung, keine Besserung. Elf weitere Fälle erhielten während der Inhalationskur Jodkali innerlich; sie reagierten im allgemeinen objektiv wenig auf die Behandlung; es wurde wohl bei einigen Besserung erzielt, ähnlich wie auch bei Inhalierenden ohne Jodkaligenuß, doch konnte Heilung nicht in einem einzigen Falle festgestellt werden. Schilderung zweier Fälle von Lupus der Nasenschleimhaut, bei denen lokal appliziertes Wasserstoffsuperoxyd bei gleichzeitiger innerlicher Darreichung von Jodkali vorzügliche Heilwirkung brachte. In Anbetracht der fehlenden Erfolge der Ozonbehandlung der Kehlkopftuberkulose wurde in einigen Fällen außerdem noch das Friedmannsche Tuberkuloseheilmittel eingespritzt; es erwies sich als völliger Versager. *de Ahna* (Potsdam).

Bussalay, Enrico: Tracheotomia profilattica, cannulazione a permanenza ed intubazione intermittente nella stenosi laringea da paralisi dei postici e da artrite delle aritenoidi. (Prophylaktische Tracheotomie, Dauerkanüle und intermittierende Intubation bei Kehlkopfstenose infolge Lähmung der Mm. crico-arytaenoideii postici.) (*Osp. civ., Venezia.*) Riv. veneta di scienze med. Jg. 60, Nr. 7, S. 313—328. 1914.

25jähriger Mann trinkt in der Trunkenheit aus Versehen reine Salzsäure, zieht sich aber keine Schlundverbrennungen zu, da er die Flüssigkeit wieder ausspeit und reichlich Milch hinterher trinkt. Nach $2^1/_2$ Monaten stellten sich Atmungsbeschwerden ein, die sich so steigerten, daß die prophylaktische Tracheotomie gemacht werden mußte. Das Atmungshindernis war durch eine Lähmung der Mm crico-arytaenoidii postici bedingt, welche beim Fehlen jeder Nervenschädigung als eine myogene angesehen wurde. Die durch die Salzsäure erzeugte Entzündung der Schlundschleimhaut hatte sich nach Ansicht des Verf. auf die nur von dünner Schleimhaut bekleideten Mm. arytaenoidii postici fortgesetzt. Es wurde täglich 3—4 Stunden bei liegengebliebener Trachealkanüle intubiert; die Kanüle war während der Zeit, in welcher der Tubus lag, verschlossen. Hierdurch wurde eine — zwar langsame — Heilung erzielt. *Herhold.*

Lombard, E.: Indications et technique de la laryngectomie pour cancer. (Indikation und Technik der Laryngektomie.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. 35, Nr. 24, S. 689—706. 1914.

Das Carcinom entsteht an den Stimmbändern, an der Commissur, an der Epiglottis, an den Taschenbändern oder am Ausgang zum Pharynx. Drüsenerkrankung schließt jede konservative Operation aus. Solche Methoden sind erlaubt, wenn das Carcinom die vordere und hintere Commissur nicht erreicht, wenn der Knorpel nicht beteiligt ist. Totale Laryngektomie ist angezeigt, wenn das Stimmband unbeweglich ist und wenn das Carcinom auf die Commissuren übergegriffen hat, ebenso bei allen anderen Lokalisationen. Kontraindikation: Doppelseitige Drüsenbeteiligung. Verf. beschreibt die verschiedenen, 1- und 2zeitigen Operationsmethoden, ohne Neues zu bringen. Bis 1911 wurden 47 geheilte Fälle beobachtet. Eine spanische Statistik (Botey) gibt auf 200 Exstirpationen 18% Operationstodesfälle, 52% Rezidive, 20% Heilungen nach 3 Jahren. *Holz* (Freiburg).

Broeckaert, Jules: Hémi-laryngectomie simplifiée. (Vereinfachte halbseitige Kehlkopfexstirpation). Larynx Jg. 7, Nr. 5, S. 129—132. 1914.

Zwecks Entfernung von Geschwülsten aus dem Kehlkopf, die nur eine Hälfte derselben befallen haben, wie solche Verf. in 2 Fällen, einmal Carcinom und einmal Tuberkulose, beobachten konnte, gibt Verf. eine Modifikation der Hemilaryngektomie an. Er hat das Prinzip, einen oberen und einen hinteren Rand des Cricoidknorpels stehen zu lassen. Nach Anlegung einer Tracheotomie wird der Kehlkopf in der Mitte gespalten, oben quer zu diesem Schnitt ein Horizontalschnitt aufgesetzt, der den oberen Rand stehen läßt; ebenso läßt der vertikale hintere Schnitt einen Teil des Knorpels stehen. Nach Ablösung der Muskeln vom unteren Teile des Cricoidknorpels ist die Entfernung leicht. Verf. empfiehlt dieses Verfahren wegen der Einfachheit. *Vorschütz* (Elberfeld).

Botey, Ricardo: Trois cas d'exstirpation totale du larynx avec la méthode de Gluck et l'anesthésie locale. (3 Fälle totaler Kehlkopfexstirpation nach Gluck unter Lokalanästhesie.) Ann. des malad. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 40, Nr. 4, S. 348—367. 1914.

Alle 3 Fälle Ende 1913 operiert; eine einfache totale Exstirpation, einmal Unterbindung der Vena jugularis wegen festverwachsener Drüsenmetastasen, Entfernung eines Teiles des Pharynx, des Zungengrundes und 3 Trachealknorpel. Verf. ist unbedingter Anhänger der Gluckschen Methode, der er im Verein mit der lokalen Anästhesie die Verringerung der Todesfälle zuschreibt. Nach einer Statistik über 100 Fälle von Botey-Barcelona 17% Todes-

fälle, 52% Rezidive, 20% Heilung, 11% nicht feststellbar. Anschließend: kritische Bemerkungen: Bei der Methode von Perier wird der Kehlkopf von unten nach oben eröffnet und hierdurch leicht Blut aspiriert. Die Erhaltung der Zungenbeinmuskeln erschwert das Fernhalten von Infektionen, besonders wenn schon Tracheotomie vorhergegangen ist. Die zweizeitige Methode von Le Bec hat den Nachteil, daß die Trachealknorpel freigelegt werden, so ihrer Ernährung beraubt, gangränös werden und zu Infektion führen. Sébileau läßt die erkrankten Drüsen stehen. Naturgemäß ist dies nur eine unvollkommene Operation. Sind die Drüsen mit der Jugularis verwachsen, empfiehlt Verf. die Resektion der Vene wegen Gefahr der Nachblutung. Schließlich Kritik der lokalen Anästhesie: Die subcutane Cocainisierung der Nerven ist unvollkommen, da es technisch schwierig, dieselben wirklich zu treffen. Daher Infiltration nach Schleich, dann direkte Cocainisierung des Laryngeus superior. Cocainisierung der Schleimhaut selbst, da die Nervenscheide das völlige Durchdringen der Nerven selbst behindert. *Coste* (Magdeburg).

Schilddrüse:

Oswald, Adolf: Zur Behandlung des endemischen Kretinismus. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jg. 44, Nr. 24, S. 737—744. 1914.

Trotz anscheinender Abnahme der Frequenz des endemischen Kretinismus in der Schweiz und Übergang in eine mildere Form ist derselbe doch ein weitverbreitetes Übel und von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die systematische Darreichung von Schilddrüsensubstanz durch die österreichische Regierung in Steiermark hat bemerkenswerte Erfolge gezeitigt. (v. Jauregg, v. Kutschera). Es findet eine auffällige Zunahme der Körperlänge statt, Hand in Hand damit auch (mit Ausnahme der schwersten Fälle) der geistigen Fähigkeiten. Bericht über 2 eigene Fälle, die auf längere Medikation von Jodthyreoglobulin starkes Längenwachstum und Weiterentwicklung an Körper und Geist zeigten. Das chemisch reine Schilddrüsensekret hat Verf. als Thyrakrin in den Handel gebracht. Geschmack- und geruchfrei hat jede Tablette genau dosierten Jodgehalt. Auf Grund guter Erfahrungen will Verf. möglichst jeden, nicht zu schweren Fall von Kretinismus dem Versuch einer Schilddrüsenmedikation unterziehen. *Biernath* (Berlin-Lichterfelde).

Wathen, Jno. R.: The surgical treatment of goiter. (Die chirurgische Behandlung des Kropfes.) Southern med. journ. Bd. 7, Nr. 6, S. 493—495. 1914.

Wiebrecht: Zur Behandlung der postoperativen Tetanie. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.) S. 37—40. 1914.

Kurze Rekapitulierung der Prophylaxe und Therapie der postoperativen Tetanie und Mitteilung eines Falles, der durch dauernde Verabreichung von tierischer Schilddrüse samt Nebenschilddrüse wie auch von reiner Nebenschilddrüse anfallsfrei bleibt. *Denk* (Wien).

Lucibelli, Giuseppe, e Guglielmo Scala: Gli stati tiroidei sperimentali. Ricerche biologiche. (Biologisch experimentelle Beobachtungen bei Veränderungen der Schilddrüse.) (*I. clin. med., univ., Napoli.*) Gazz. internaz. di med.-chirurg.-ig. Jg. 1914, Nr. 4, S. 73—77, Nr. 5, S. 97—101, Nr. 6, S. 121—124, Nr. 8, S. 171—175, Nr. 9, S. 193—197, Nr. 10, S. 217—221, Nr. 11, S. 241—249, Nr. 12, S. 265—272, Nr. 15, S. 337—340 u. Nr. 19, S. 440—448. 1914.

Die ausführliche Arbeit ist im 1. Teil wesentlich referierenden Inhalts. Die experimentellen Untersuchungen wurden angestellt an Hunden, welche durch teilweise Entfernung oder Zerstörung der Schilddrüse hypothyreotisch gemacht worden waren. Eine Hyperthyreose wurde erzeugt durch Fütterung mit frischer Schilddrüse, Jodothyrin und ähnlichen Präparaten. Schließlich wurden auch die hyperthyreotischen Tiere mit Organpräparaten behandelt. Die mannigfaltigen Versuche umfassen: 1. Modifikation der Ernährung. Auf die Exstirpation der Schilddrüse folgt eine starke Gewichtszunahme durch Anhäufung subcutanen Fettes. Beim Hyperthyreoidismus tritt Gewichtsabnahme ein unter Steigerung von Temperatur und Pulsfrequenz. Durch Organotherapie ließen sich diese Folgen wieder ausgleichen. Das Blutbild zeigt bei Hypothyreose vermehrte Leukocytenzahl. Das Arnethsche Blutbild erfährt eine Verschiebung nach links. Hyperthyreoidismus erzeugt Leukopenie. Längere Ausführung betreffen die Widerstandsfähigkeit der Leukocyten gegen Sodalösung, welche bei Hypothyreose vermindert ist. Der opsonische Index ist im insuffizienten Zustand herabgesetzt und läßt sich durch Organotherapie vermehren. Beim Hyperthyreoidismus sind vermindert: Der osmotische Druck des Blutes; vermehrt die

Viscosität, welche bei Schilddrüseninsuffizienz nach der andern Richtung verändert werden und durch Schilddrüsenpräparate zu beeinflussen sind. Die Oberflächenspannung zeigt keine konstante Veränderung. Der kardio-vasculäre Druck sinkt nach Schilddrüsenresektion, doch lassen sich keine bestimmten Angaben machen über die Verhältnisse bei Hypo-, Dis- und Hyperthyreose. Die histologische Untersuchung zeigt, daß Hoden und Ovarien im Zustand einer regressiven Schilddrüse sehr lebhaft funktionieren, während andere Organe, Drüsen und Thymus nur eine stärkere Hyperämie erkennen lassen. *Hotz* (Freiburg).

Kempner, A.: Die bisherigen Erfahrungen über Basedow und Jodbasedow und deren Zusammenhang mit dem System der Drüsen mit innerer Sekretion. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **18**, Nr. 4, S. 347—367. 1914.
Sammelreferat.

Leggett, W.: Mental symptoms associated with exophthalmic goitre. (Geistesstörungen bei Basedowscher Krankheit.) Lancet Bd. **186**, Nr. 26, S. 1811. 1914.

Brust.

Brustwand:

Schaechtl, Gregor: Über Osteomyelitis sterni. (*Chir. Klin., Charité, Berlin.*) Dissertation: Berlin 1914. 31 S. (Ebering.)

Verf skizziert in kurzen Umrissen den modernen Stand der Osteomyelitisfrage im allgemeinen und derjenigen der platten Knochen im besonderen. Häufigkeit der Erkrankung in den Röhrenknochen verhält sich zu der in den platten Knochen wie 6,6 : 1 — Die Seltenheit der Osteomyelitis in den letzteren erklärt sich aus dem langsameren Wachstum, der geringeren Beweglichkeit; die Gefahr der Infektion durch Embolie ist durch die geringere Dimension der Markräume kleiner. Mitteilung eines Falles: 21 Jahre alter Mann. Plötzliches Fieber. Schmerzen auf der Brust, Ausbildung eines kindskopfgroßen Abscesses über dem Sternum. Operation. Resektion aller befallenen Rippenknorpel und des größten Teiles des Sternums vom Manubrium bis zum Proc. ensiform. Tamponade. Verlauf gut. Pat. geht an Erschöpfung zugrunde. — 13 Fälle aus der Literatur. Die Hauptsache besteht in möglichst rascher Diagnosestellung und Einleitung der Therapie. Letztere soll möglichst radikal sein. Kombination mit intravenösen Kollargolinjektionen oder Antistreptokokkenserumbehandlung ist indiziert. Prognose stets infaust. *Colin* (München).

Paulsen: Nematoden und andere Parasiten bei einem Mammacarcinom. Nematodenbefunde bei Kontrolluntersuchungen. (Biol. Abt. d. ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 2. XII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 7, S. 385 bis 386. 1914.

Paulsen demonstriert Parasiten, die er in Tumorstückchen eines Mammacarcinoms hat züchten können. Die Züchtung geschieht in der Weise, daß Tumorstückchen lebenswarm in Paraffinum liq. gebracht und dann bei Zimmertemperatur aufgehoben werden. Es entwickeln sich dann kleine wurmartige Gebilde, die Verf. für Nematoden erklärt. Diese Gebilde konnte Verf. weiter auf Schweineplasma züchten. Das Wachstum ist sehr langsam. Von den Diskussionsrednern werden die demonstrierten Gebilde angezweifelt, zum Teil für Kunstprodukte gehalten. *Carl* (Königsberg).

Van den Berg, Henry J.: Statistics of carcinoma of the breast in Michigan for the past twenty-five years; diagnostic points not usually observed; remarks on metastasis. (Statistik über Brustcarcinom in Michigan-Staat während der letzten 25 Jahre. Ungewöhnliche diagnostische Gesichtspunkte, Bemerkungen über Metastasenbildung.) Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. **13**, Nr. 6, S. 366—371. 1914.

Statistische Arbeit über das Vorkommen von Brustkrebs auf 100 000 Bevölkerung von Michigan Staat. Die Kurve von 25 Jahren (1885 bis 1909) zeigt ein Anwachsen der Prozentzahl mit dem Maximum im Endjahr. Die Sterblichkeit an Brustkrebs kann verringert werden, wenn man jeden Tumor der Brust als der Malignität verdächtig entfernt und nicht zuwartet bis durch sein schnelles Wachstum oder gar durch Metastasenbildung seine Bösartigkeit evident geworden

ist. Von diagnostischen Gesichtspunkten hebt Verf. in vielen Fällen die Verkleinerung der Areola und die Elevation, das Höherrücken der Brustwarze über das Niveau der anderen Mamilla, hervor. Von den im Knochensystem sich etablierenden Metastasen sind die in der Wirbelsäule nach des Verf. persönlicher Erfahrung recht häufig. Ein Fall mit zahlreichen Knochenmetastasen wird besonders angeführt. *Carl* (Königsberg).

Speiseröhre:

Della Vedova, T.: Le malattie dell'esofago. Lez. 1—8. (Die Krankheiten des Oesophagus.) Prat. oto-rino-laringoiatr. Jg. **13**, Nr. 6, S. 161—170, Nr. 7, S. 193 bis 205, Nr. 10, S. 265—282, Jg. **14**, Nr. 3.

Klinische Vorlesungen.

Marchesi, Clemente: Contributo alla diagnosi radioscopica delle affezioni dell' esofago. (Beitrag zur radioskopischen Diagnose der Oesophaguserkrankungen.) (*Osp. e clin., Modena.*) Gazz. internaz. di med., chirurg., ig. etc. Jg. **1914**, Nr. 22, S. 510 bis 515. 1914.

Marchesi berichtet über 21 Fälle von Oesophaguserkrankungen, Verengerungen und Dilatationen, Fremdkörpern, Spasmen und Neurosen, Divertikeln. Die Radioskopie ist ein wertvolles Hilfsmittel zur Diagnose, sie hat keine Kontraindikation, da sie unschädlich ist und den Patienten nicht angreift. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Milovanović, Milovan: Über Leiomyome des Oesophagus und der Kardia. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 22, S. 753 bis 755. 1914.

Mitteilung von 5 einschlägigen Fällen. In zwei Fällen waren multiple primäre Tumoren vorhanden, und zwar in einem außer dem Oesophagusmyom noch ein Nierenadenom, in dem andern noch ein Carcinom der Ileocöcalklappe, Dickdarmpolypen und ein submuköses Lipom. Die Leiomyome des Oesophagus und der Kardia scheinen sich vorwiegend im späteren Alter, seltener vor dem 40. Lebensjahr vorzufinden, vermutlich viel häufiger bei männlichen als bei weiblichen Individuen. Der häufigste Sitz ist der unterste Oesophagusabschnitt; weniger häufig werden die Leiomyome in der Höhe der Bifurkation und an der Kardia angetroffen. Die Größe der Tumoren schwankt nach den bisherigen Mitteilungen zwischen Bohnen- und Gänseeigröße. Meistens sind die Geschwülste solitär und nur ausnahmsweise multipel. Die Mehrzahl der Tumoren zeigt die Tendenz zu ringförmiger Umklammerung des Oesophagus mit und ohne Stenosierung des Oesophagus. Einschlüsse von drüsenähnlichen Gebilden, Ganglienzellen und quergestreiften Muskelfasern wurden in den beschriebenen Fällen nicht gefunden. In den meisten Fällen entwickelten sich die Myome wahrscheinlich von der Muscularis externa. Gleichzeitig sind oft Divertikelbildungen vorhanden.

Konjetzny (Kiel).

Brustfell:

Mayo, Charles H., and E. H. Beckman: Visceral pleurectomy for chronic empyema. (Viscerale Pleurektomie bei chronischem Empyem.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 884—890. 1914.

Mayo und Beckmann glauben, daß die Operation nach Fowler und Delorme (viscerale Pleurektomie) in Amerika nicht die gebührende Beachtung gefunden hat. Sie fanden in der Literatur nur 25 Fälle von 3 Operateuren in 20 Jahren. Wenn man der Lunge zu ihrer Wiederausdehnungsfähigkeit ohne größere Gefahr als mit den übrigen Methoden verhelfen kann, so soll man es tun. Bericht über 2 Fälle, in denen beim Erwachsenen die verdickte Pleura von einer ganzen Lunge entfernt worden war.

Im 1. Falle Operation $2^3/_4$ Jahre nach primärer Drainage. Heilung in 51 Tagen, die seit etwas $2^1/_2$ Jahren anhält. Im 2. Falle Operation 6 Monate nach primärer Drainage. Heilung in 3 Monaten. 2 Monate später kleine Eiteransammlung in der Pleurahöhle unter der linken Axilla. Drainage. Es wird noch ein operativer Eingriff nötig sein, aber $^2/_3$ der Lunge sind mindestens funktionsfähig.

In vielen Fällen wird man die viscerale Pleurektomie mit Rippenresektionen und Technik nach Ransohoff kombinieren müssen. Der Schock bei der visceralen Pleurektomie ist geringer als bei der Operation nach Schede. Man sollte sie daher vor letzterer

versuchen. Wenn Kranke sehr schwach, in mehreren Sitzungen operieren. 2 weitere Fälle, in denen nach Pleurektomie glatte Heilung.

1. Fall: 13 monatige Drainage. Viscerale Pleurektomie. Völlige Heilung in 39 Tagen. 2. Fall: Drainage über 2 Jahre. Viscerale Pleurektomie. Heilung in 3 Wochen. Beim Empyem Drainage am tiefsten Punkt der Höhle. Auch autogene Vaccine anwenden. Wenn sich der Kranke erholt hat, Spülung der Höhle 2 mal täglich mit schwacher Jodlösung. Bei der Operation genügende Freilegung, gründliche Reinigung und Auswischen der ganzen Höhle mit Jodtinktur vor der Pleurektomie. Incision durch die verdickte Pleura am besten hinten entlang den Wirbeln beginnen, da dort die Gefahr der Eröffnung des Perikards geringer ist. Kleine Verletzungen der Lunge haben nichts zu bedeuten. Breite Drainage am tiefsten Punkt mit kleinen Guttaperchadrains, um eine Wiederansammlung der Flüssigkeit in der Pleura zu vermeiden. 1 operativer Todesfall. 3 Röntgenogramme. Kurze Literaturangabe. *Hoffmann* (Greifswald).

Grossmann, I.: Zur Diagnostik der primären bösartigen Neubildungen der Pleura. Medizinskoje Obosrenije Bd. 81, Nr. 8, S. 704—707. 1914. (Russisch.)

Lungen:

Lilienthal, Howard: Pulmonary abscess and bronchiectasis. A clinical report. (Lungenabscesse und Bronchiektasen.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 855—883. 1914.

Verf. hat bei 11 Patienten 14 Operationen ausgeführt. In 3 Fällen erzielte er komklette Heilung, 5 mal wesentliche Besserung. 4 Todesfälle, darunter 2 hoffnungslose Kranke, 1 Exitus nach längerer Zeit (1 Jahr), 1 infolge unvollkommener Technik. 3 Kranke wurden mehr oder weniger gebessert. Von 3 akuten Abscessen heilten 2 aus, ein chronischer Absceß wurde geheilt, ein Exitus bei ausgedehnter akuter Gangrän und einer bei fötiden Bronchiektasen mit kleinen Abscessen. Für die Diagnostik ist Bronchoskopie sehr wichtig. Radiographie unerläßlich, eventuelle Probethorakotomie sehr wertvoll. Die oft enorme Derbheit des die Bronchiektasen umgebenden Gewebes läßt Pneumothoraxbehandlung als aussichtslos, die Tuffiersche extrapleurale Fetttamponade als zweifelhaft erscheinen. Beide sollten für reine Tuberkulosen reserviert bleiben. Tuffiers Operation bei fötiden Bronchiektasen schließt außerdem die Gefahr der Infektion der extrapleuralen Höhle ein. Bei wahren Lungenabscessen ist zweizeitige Operation von Vorteil. Ist Resektion des erkrankten Lungenteiles geplant, soll man besser einzeitig operieren. Anwendung des Druckdifferenzverfahrens ist von größtem Nutzen. Größere Operationen in tiefer Narkose, wenn beide Lungen in Betracht kommen mittelst intratrachealer Insufflation. Drainage bringt Abscesse meist zur Heilung, Bronchiektasen werden bestenfalls gebessert. Ausgedehnte Thorakoplastiken nur, wenn andere Methoden versagen. Exstirpation des bronchiektatischen Lungenteils ist sehr gefährlich, vermag aber Heilung herbeizuführen. Die ausführlichen Krankengeschichten und anschließenden kritischen Bemerkungen enthalten manche interessanten Einzelheiten. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Peiser, Alfred: Zur Kenntnis der Freundschen Thoraxoperation beim starr dilatierten Thorax. (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 91, H. 3, S. 695—696. 1914.

Bericht über einen Fall von ev. kongenitalem, starr dilatiertem Thorax bei einem $2^1/_2$jährigen Kind. Einseitige Resektion der völlig ossifizierten Knorpel der 2. bis 5. Rippe. Tod an einer von der Drainstelle ausgehenden Pyocyaneusinfertion. *Freysz* (Zürich).

Brouardel, Georges, et Léon Giroux: La tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique. (Die traumatische Rippenfell-Lungentuberkulose.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. 21, H. 6, S. 521—562. 1914.

Von einer solchen, die ein immerhin seltenes Krankheitsbild darstellt, kann man sprechen, wenn sie bei einem vorher für vollkommen gesund gehaltenen Individuum auf eine den Thorax treffende Gewalteinwirkung (Quetschung mit oder ohne Rippenbruch, sehr selten penetrierende Verletzung) hin in Erscheinung tritt. Dabei handelt es sich gewöhnlich entweder um das Manifestwerden eines vorher latent gewesenen Tuberkuloseherdes oder um Ansiedlung im Blute kreisender Bacillen am Orte der Verletzung. In gesetzlicher Hinsicht wird das Trauma deshalb mit Recht als Ursache der Erkrankung betrachtet, weil ohne dasselbe die Gesundheit im klinischen Sinne auf unbestimmte Zeit hin hätte erhalten bleiben können.

Der örtliche Zusammenhang zwischen Trauma und Lokalisation der Tuberkulose kann ein unmittelbarer, aber auch ein indirekter sein; die Pleura erkrankt stets, die Lunge viel häufiger auf der Verletzungs- als auf der gegenüberliegenden Seite. Die zeitliche Aufeinanderfolge schwankt zwischen Tagen und Wochen; doch lassen sich die Grenzen des möglichen Intervalls gesetzlich nicht mit Sicherheit bestimmen. Ob man die Möglichkeit der Spontanheilung tuberkulöser Lokalerkrankungen ohne Dazwischentreten eines Traumas oder die Störung eines auch nur scheinbaren Gesundheitszustandes durch dasselbe in Anschlag bringen will — die forensische Auffassung wird diesen Gesichtspunkten bei der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Verletzung und Tuberkulose am Thorax stets Rechnung tragen müssen. Reichhaltiges Literaturverzeichnis. *Fieber* (Wien).

Lortkipomidse, K. T.: Zur Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose. Charkowsky Med. Journ. Jg. **9**, Nr. 4, S. 288—302. 1914. (Russisch.)

Der Pneumothorax immobilisiert und komprimiert die erkrankte Lunge, befördert das Sekret aus den Alveolen und Bronchien, durch Erhöhung des intrapleuralen Druckes wird die Resorption der Toxine eingeschränkt, die aufgehaltenen Toxine fördern Bindegewebswucherungen im erkrankten Bezirk. Verf. benutzt den Forlaninischen Apparat, der mit einem Wassermanometer verbunden ist. 7 Krankengeschichten: 1 Todesfall an Lungenblutung nach Stickstoffinsufflation, zweimal Unterhautsemphysem, diese kann durch schräge Einführung der Nadel vermieden werden, einmal seröse Pleuritis, einmal Verschlechterung im Zustand der nicht komprimierten Lunge, dreimal günstige Beeinflussung vorgeschrittener Lungenphthise. Schirmpausen. *v. Dehn* (St. Petersburg).

Meyer: Pneumothorax artificiel. Résultats immédiats. (Künstlicher Pneumothorax. Unmittelbare Resultate.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **34**, Nr. 5, S. 342—348. 1914.

Meyer berichtet über die in Leysin erzielten Erfolge. Bei 11 Fällen war infolge von Pleuraverwachsungen die Insufflation unmöglich. In 26 Fällen gelang die Anlegung des Pneumothorax. Das Resultat war in 7 Fällen ungünstig, da die Tuberkulose tödlich verlief. (1 Spannungspneumothorax, 4 doppelseitige Tuberkulosen, 2 Fälle von Meningitis.) Fünfmal war das Resultat negativ (1 mal stationäre Kaverne, 1 mal doppelseitige Bronchopneumonie, 2 mal Komplikation durch Enteritis tuberculosa, 1 mal Pleuritis adhaesiva). In 14 Fällen war der Erfolg günstig und zwar 2 mal ausgezeichnet, 10 mal unverkennbar gut, 2 mal relativ befriedigend. In den günstigen Fällen wurde rascher Abfall des Fiebers, Schwinden von Husten und Auswurf und Stillstand des Prozesses erzielt. Über die Dauer des Erfolges läßt sich erst nach Verlauf von 1—2 Jahren ein Urteil abgeben. *Adler* (Berlin-Pankow).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

● **Eine Woche Bauchchirurgie für chirurgische und gynaekologische Ärzte. Vorträge in d. II. Kursus über d. Fortschr. d. Chirurg. u. Gynaekol. geh. a. d. Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf. Hrsg. v. O. Witzel, O. Pankow u. P. Janssen.** Düsseldorf: Schmitz u. Olbertz 1914. 290 S. M. 7.50.

Die von Witzel, Pankow und Janssen herausgegebenen Vorträge über Bauchchirurgie scheiden sich in 26 chirurgische und 10 gynäkologische. 4 Vorträge befassen sich mit Radiologie und Strahlentherapie.

Von den Chirurgen empfiehlt D'Arcy Power, London, die Appendicostomie bei Colitis ulcerosa und die Darmspülung mit $^1/_4$promill. Silbernitratlösung. Burci, Florenz, tritt bei der Radikalbehandlung der Hernien besonders für vollständige Aufhebung des Bruchsacks und der Einsenkung des Peritoneums ein. Für Leistenhernien eigne sich deshalb die Bassinische Methode, die man nicht modifizieren soll, für Cruralhernien das Ruggische Verfahren. Clairmont, Wien, fordert für das Magengeschwür, speziell für das callöse Ulcus der kleinen Kurvatur als Operation der Wahl die quere Magenresektion, für das Ulcus pylori die Resektion nach dem Typus Billroth II. Sei die Resektion untunlich, so käme als Operation der Not die Kombination der G. E. mit der Jejunostomie in Betracht. Depage, Brüssel, rät bei chirurgischer Behandlung des Rectumcarcinoms zur Wahl seiner Bauchlage, die sich auch bei Operationen an der Prostata, am Rückenmark, am Rippenfell, an der Lunge, am Kleinhirn bewähre. Depage kommt selbst bei hochsitzenden Carcinomen mit der dorsalen Methode (Exartikulation des Steißbeins) aus, der abdominosakrale Weg sei nur beim Rectosigmoidealcarcinom einzuschlagen. Dreesmann, Köln, bespricht Pathologie, Diagnose und Therapie der Perforation von Hohlorganen des Bauches. Nach v. Eiselsberg, Wien, ist beim Magencarcinom in der frühzeitigen Resektion allein Heil zu suchen und fanden manche Fälle seines Königsberger und Wiener Materials dadurch Dauerheilung.

Eine Verbesserung der Frühdiagnose erwartet sich v. E. von der weiteren Ausbildung der Gastroskopie, nachdem die serologische Untersuchungsmethode, die spezifischen Harnproben und das Röntgenbild bei Frühfällen auch im Stich lassen. Hackenbruch, Wiesbaden, empfiehlt seine Umspritzungsmethode zur örtlichen Schmerzverhütung bei Bauchoperationen. Israel, Berlin, bespricht Pathologie und Therapie der Nieren- und Ureterensteine und zieht bei Nieren ohne Retention die Pyelolithotomie der Nephrolithotomie vor, wenn sie ausführbar ist und die vollständige Entfernung aller Steine verbürge. Bei septischen Retentionsnieren gebe die Nephrektomie weit bessere Resultate wie die Nephrostomie. Bei Anurie, bei welcher man nicht länger als zweimal 24 Stunden zuwarten dürfe, sei das wesentliche Ziel nicht die Entfernung der Steine, sondern der Urinabfluß durch die Nephrotomie. Janssen, Düsseldorf, legt bei Besprechung der funktionellen Nierendiagnostik das Hauptgewicht auf den gleichzeitigen Katheterismus beider Ureteren. Ist die Untersuchung der Einzelurine aus anatomischen Gründen — schwere Entzündung und Schrumpfungszustand der Blase, doppelseitige Hüftgelenksankylose — nicht ausführbar, so wird die Kryoskopie des Blutes vorgenommen. Sind die osmotischen Verhältnisse in der Niere nicht gestört, muß die lokale Inspektion der Nieren die Funktionsprüfung ersetzen. Der von den Amerikanern gerühmten Phenolsulfophthaleinprobe würden ähnliche Mängel anhaften wie der Indigocarminprobe. Körte, Berlin, gibt eine Übersicht über die Pathologie und chirurgische Therapie der Pankreastumoren und -entzündungen. Am häufigsten sei die Operation wegen Cysten und Pseudocysten des Pankreas, für die Pseudocysten empfehle sich die Einnähung, für die wahren Cystadenome die Exstirpation. Bei akuten Entzündungen des Pankreas mit Fettnekrose im Bauchfell und subserösem Gewebe sei die baldige, schonende Ableitung des Exsudats und die Entlastung der Drüse sehr wirksam, gleichzeitig müsse bei Entzündung der Gallenwege für Ableitung der Galle gesorgt werden. K. hält die Cammidge-Reaktion für ganz unsicher, von Wert seien Störungen der Fettresorption und Fettspaltung, sowie mangelhafte Ausnutzung der Eiweißstoffe durch Störungen der Trypsinabsonderung. Van Lier, Amsterdam, verwirft bei Brucheinklemmung die Taxis mit ihren vielen sofortigen und späten Gefahren. Lorthioir, Brüssel, äußert sich über Laparotomie beim Kinde. Seine Empfehlungen erscheinen dem Referenten freilich mannigfach gewagt, z. B. bei gewöhnlichen Hernien den Bruchsack hoch oben abzutragen, aber nicht abzubinden oder den Stumpf bei der Appendektomie nicht zu übernähen usw. Madelung, Straßburg, hält die Diagnose der Echinokokken des Unterleibs auch heute noch für nicht gesichert trotz Blutuntersuchung, Eosinophilie, trotz serologischer Untersuchung — Nachweis spezifischer Echinokokkusantikörper im Blut. Die Probepunktion sei zu verwerfen. Hauptaufgabe der Ärzte sei, dahin zu wirken, daß die Echinokokken bei den Haustieren, speziell auch bei Schafen durch Verbot der Hausschlachtung, bessere Schlachthausüberwachung usw. möglichst ausgerottet werden. Dr. Molineus, Düsseldorf, fordert für die akute Appendicitis die Frühoperation. Sehr beistimmen möchte ich seiner Ansicht, daß bei Exsudatbildung ebenso energisch wie im akuten Frühstadium auf die Operation zu dringen sei, wenn der Tumor nicht mit aller Deutlichkeit zurückgeht. Mönckeberg, Düsseldorf, verbreitet sich über die Wege des Carcinoms im Abdomen. Der Generalisation des Carcinoms würden Lymphfilter (Drüsen), Degeneration von Krebszellen unter Organisation der aus Thrombensubstanz bestehenden Hülle, wenn sie in einem Gefäß stecken, und chemische Organeinflüsse (Kruckenbergsche Ovarialtumoren) entgegenarbeiten. A. Poncet und René Leriche, Lyon, empfehlen die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung durch Bauchschnitt und nachträgliche Sonnenbestrahlung. De Quervain, Basel, ist der Meinung, daß beim Darmverschluß der Chirurg die Diagnose Ileus unter- (tab. Krise!), der innere Mediziner überschätze. Letzterer wolle das volle klinische Bild abwarten. Fehldiagnosen seien verursacht durch Magen- und Duodenalperforationen, Appendicitis, Cholecystitis, entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalien, besonders Stieldrehungen von Ovarial- und Uterusgeschwülsten, Torsion des Hodens, Nierenkolik, akute Pankreatitis, Mesentherialthrombose. Der Ileus gehört nach de Q. dem Chirurgen. Riedel, Jena, bespricht die Gallensteine. Nach ihm verlaufen 80—90% der akuten Cholecystitiden ohne jeden Ikterus. Beim Ikterus unterscheidet R. die reell lithogene von der entzündlichen Form. Letztere sei veranlaßt durch Übergreifen der Entzündung der Gallenblasenwand auf die Lebersubstanz, durch Schwellung und Druck von Lymphdrüsen, besonders der Cysticusdrüse, auf den Choledochus, durch Druck von Cysticussteinen auf den Choledochus, durch Fortsetzung der Entzündung auf die tiefen Gallengänge. Bekannt ist Riedels Standpunkt, vor allem die Gallenblasen-Cysticussteine in Angriff zu nehmen, bevor sie weiteren Schaden, (Verlagerung in den D. choledochus, Infektion auf dem Blutweg, Carcinom der Gallenblase usw.) anrichten. Rovsing, Kopenhagen, bekämpft die Stillersche Hypothese der universellen, angeborenen Asthenie bei der Splanchnoptose und sieht die Ursache im Mißbrauch des Korsetts und Schnürbandes, in der Gravidität und Geburt. Pathognomonisch sei, daß die Cardialgie immer links von der Mittellinie sitze und abhängig sei von der Quantität, nicht von der Qualität der Nahrung. Rovsing empfiehlt für leichte Fälle maternellen Ptose Bandagebehandlung, für schwere maternelle Fälle und bei allen virginellen Ptosen die Gastropexie. Nachprüfungen

ergaben, daß die Verzögerung der Magenentleerung schwindet. Rovsing hält weiterhin die Gastroskopie für eine gefährliche und unbefriedigende Untersuchungsmethode und befürwortet seine Diaphanoskopie und Gastroduodenoskopie. R. hat außer dem einfachen, cystoskopähnlichen Instrument mit Luftkanal ein zweites Instrument mit weiterem Kanal zur retrogaden Einführung von Bougies zwecks Dilatation von Oesophagusstrikturen angegeben. Schmieden, Halle, verbreitet sich über allgemeine Orientierung in der Bauchhöhle und betont die Wichtigkeit der Typographie an der Leiche. Sprengel, Braunschweig, verlangt physiologisch korrekte Bauchdeckenschnitte, so bei Appendicitis Wechselschnitt, bei Cholecystitis Schrägschnitt am Rippenbogen, bei Magenoperationen Querschnitt mit teilweiser Durchtrennung der Recti, bei Harnblasenoperationen medianen Längsschnitt oder Pfannenstielschnitt usw. Die bisherigen üblichen Schnitte für Niere und Harnleiter seien physiologisch absolut unkorrekt. Tilmann, Köln, geht auf die Verletzungen des Unterleibs ein. Walther, Paris, bespricht die operativen Chancen bei chronischer Appendicitis. Witzel, Düsseldorf, setzt die Ursachen der Thromboembolie auseinander. Die Thrombosenprophylaxe sei Gewissenspflicht jedes Chirurgen und bestehe in Hebung der Widerstandsfähigkeit des Organismus vor, während und nach der Operation. Das „Frühaufstehen" sei ein Zeichen, nicht Ziel dieser Behandlung, welche auch mit systematischer Atem-, Extremitätengymnastik im Bett durchgeführt werden könne. Zaaijer, Leiden, hat bei einem Patienten mit Cardiacarcinom eine eigene Operationsmethode erfolgreich durchgeführt. Sie besteht 1. in einer Gastrostomie, 2. in ausgedehnter subperiostaler Resektion mehrerer Rippen links, 3. in der Laparothorakotomie mit Mobilisierung des Tumors, Durchtrennung des Magens, Verschluß des aboralen Teils, Verschluß des Hiatus oesophagus, Einnähung des Oesophagus oberhalb des Tumors in die Haut, Verschluß der Thorax- und Bauchwunde und Abtragung des Tumors oberhalb einer Klemme. Nach einigen Tagen erfolgt Abnahme der Klemme, die thorakale Oesophagostomie kann durch ein Gummirohr mit der Magenfistel in Verbindung gebracht werden. Nach Zuckerkandl, Wien, haben uns die Methoden der funktionellen Diagnostik zur Frühdiagnose der Nierengeschwülste nicht geführt. Bei Verdacht eines Hypernephroms, der Hauptgeschwulstgruppe des höheren Alters, sei die Zuhilfenahme des ganzen urologischen Untersuchungsapparates, daneben sorgfältige interne Untersuchung besonders der Lungen, radiologische Untersuchung des ganzen Skeletts nötig. Nur ein weitgehender Radikalismus, explorative Freilegung der Niere in unklaren Fällen, werde Dauerheilungen bringen. — Von den Gynäkologen betont Bumm, Berlin, für die peritoneale Wundbehandlung die Notwendigkeit der genauesten Blutstillung, der guten Abdeckung und der exaktesten Peritonealisierung aller wunden Flächen. Nach B. reizt die trockene Wundbehandlung das Bauchfell mechanisch mehr wie die feuchte, doch lasse sich erstere leichter keimfrei durchführen. v. Franqué, Bonn, berichtet über die Pathologie und Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose und empfiehlt womöglich die radikale Entfernung des Krankheitsherdes bei Lokalisation des Prozesses auf die inneren Genitalien und Fehlen anderweitiger schwerer aktiver Tuberkulose. Lokale Behandlung sei zu unterlassen. Nach Franz, Berlin, ergibt bei operativer Behandlung des Uteruscarcinoms die abdominale Operation des Collumcarcinoms die besten Resultate, das Korpuscarcinom sei vaginal zu operieren. Füth, Köln, hält die Abderhaldensche Reaktion für die differentielle Diagnostik der Tubargravidität und entzündlichen Affektionen nicht für sicher. F. nimmt auch Stellung gegen die prinzipielle Entfernung der anderen Tube. Jung, Göttingen, bespricht die Leistungsfähigkeit der vaginalen Coeliotomie. Bei Neubildungen sei eine erhebliche Einschränkung der vaginalen Methoden zugunsten der abdominalen festzustellen, die gänzlich operationslose Therapie des Carcinoms mit Radium lehnt J. ab. Auch bei entzündlichen Adnexerkrankungen, wenn sie operiert werden müssen, bei Extrauteringravidität sei die Laparotomie geraten, während J. bei Lageveränderungen des Uterus, bei infizierten Beckenergüssen an der vaginalen Methode festhält. Kroemer, Greifswald, erläutert die Beziehungen des uropoetischen Systems zu den weiblichen Genitalorganen. Primäre und sekundäre Lageanomalien, Infektionen, Verletzungen, Tumoren der Blase, Ureteren und Nieren erforderten die urologische Untersuchung vom Gynäkologen. Nach K. ist das beste Mittel, den Patienten an die Spontanentleerung der Blase nach der Operation zu gewöhnen, die Übung, im Liegen Wasser zu lassen, welche längere Zeit vor der Operation einsetzen soll. Bei Ureterscheidenfisteln warnt K. vor Ätzung und rät zur möglichst frühzeitigen Auslösung des Ureters und Neueinpflanzung in die Blase. Zunehmende Schwangerschaftsnephritis berechtige zur Unterbrechung der Gravidität, bei totaler Verlegung des Nierenfilters seien auch nach der Entbindung noch entgiftende Maßnahmen (Aderlaß, Nierenmassage, Ureterenkatheterismus, Nierenbeckenspülung, Nierendekapsulation) am Platz. Die Schwangerschaftspyelitis erfordere mechanische Behandlung, Ureterensondierung mit und ohne Ausspülung des Nierenbeckens. Bei Rezidiven käme die Whrigtsche Vaccinebehandlung in Frage. Die Pyelocystitis bei Cystocele und Prolaps verlange die Raffung der Cystocele bzw. die Kolporrhaphie. Opitz, Gießen, tritt bei Erörterung der Technik des Kaiserschnittes für die suprasymphysäre Entbindung (Eröffnung des Uterus in der Cervix) bei gefährdeter Asepsis ein. Schickele, Straßburg, empfiehlt

zur operativen Behandlung der Lageveränderungen des Uterus bei mobiler retroflexio die Alexander-Adamsche Operation, bei fixierter retroflexio die Methode nach Doléris und eventuell nach Pankow. Eine Retroflexio sei aber überhaupt erst dann zu operieren, wenn sie Beschwerden mache. Schlimpert, Freiburg i. B., legt die Narkose in der Gynäkologie dar und erhebt als wichtigste Forderung, für eine bestimmte Operation und bestimmte Individuen die am meisten passende Narkosenart auszuwählen. Die Lumbalanästhesie (Stovain) und die Sakralanästhesie (Novocain) verdrängen die Mischnarkose, besonders letztere. Zur Vorbereitung empfiehlt Sch. bei allen 3 Narkosenmethoden das Narcophin-Scopolamin (0,03 : 0,0003, das erstemal 3 Stunden, das zweitemal $2^1/_4$ Stunden vor der Operation gegeben). Walthard, Frankfurt, bespricht zusammenfassend den Einfluß sämtlicher gynäkologischer Operationen auf den Gesamtorganismus der Frau. — Schließlich geht Dessauer, Frankfurt a. M., auf die Physik des Radiums und Mesothoriums ein und bedauert die Milligrammstunden als Dosierungseinheit. Es komme auf die Filtration, auf die Abstände und räumliche Verteilung der Präparate an, weniger auf die Milligramm- und Stundenzahl im Produkt. Die Röntgenstrahlen könnten das Radium niemals verdrängen, weil letzteres wegen der Kleinheit der Form vom Körperinnern aus zu bestrahlen vermöge und damit dem Bestsahlungsfeld näher komme. Haudeck, Wien, erörtert die Beziehungen zwischen Magendarm-Radiologie und Bauchchirurgie. Er weist namentlich auf die Nische, die Einkerbung der großen Kurvatur, die Einrollung des Magens beim Ulcus ventriculi, auf die begrenzte Schattenaussparung, auf die flache Einziehung der großen Kurvatur beim Carcinoma ventriculi hin. Das Röntgenbild sei der Frühdiagnose dienlich. Bei normalem Befund sei man nicht berechtigt, Ulcus auszuschließen, doch schließe dieser mit großer Wahrscheinlichkeit ein kompliziertes Ulcus aus. Bei unsicherem Befund empfehle sich Wiederholung der Untersuchung in Zwischenabständen von wenigen Wochen. de Keating-Hart, Paris, nimmt Stellung zur physikalischen Therapie der Geschwülste und rät beim operablen Carcinom zur Fulguration als Behandlungsmethode nach sorgfältig ausgeführter Operation, beim inoperablen Carcinom zur Thermoradiotherapie. Pankow, Düsseldorf, geht auf die Strahlentherapie in der Gynäkologie ein und empfiehlt warm die Röntgenbestrahlung zur Beeinflussung von Schmerzen (Dysmenorrhöe), von Juckreiz (Puritus, Kraurosis vulvae), von Blutungen (Myoma uteri, Metropathia uteri). P. bedient sich der Freiburger Technik: Vielfelderbestrahlung (20—30), 3 mm Aluminiumfilter, jedes Feld 10—20 X bis zur Erreichung der Erythemdosis. Beim Genitalcarcinom werde durch die Bestrahlung die inoperable Geschwulst operabel. P. hofft unter diesem Gesichtspunkt, die ausgedehnten, mit einer höheren primären Mortalität verbundenen Eingriffe später durch weniger ausgedehnte Eingriffe mit geringerer primärer Mortalität ersetzen zu können. Zurückgebliebene Reste würden durch die Strahlen vernichtet. Operable Carcinome operiert P., der Strahlentherapie bedient er sich zur Nachbehandlung. Bei 2 beginnenden Carcinomen, die sich der Operation nicht unterzogen, hatte er überraschenden Erfolg. *Gebele* (München).

Duff, Donald: Surgical diagnosis in acute abdominal conditions. (Chirurgische Diagnose bei akuten Bauchaffektionen.) Glasgow med. journ. Bd. **81**, Nr. 6, S. 401—418. 1914.

Oliver, James: A suppurating hydatid of the crura of the diaphragm. (Eine vereiterte Hydatide an den Schenkeln des Zwerchfelles.) Brit. med. journ. Nr. **2788**, S. 1231—1232. 1914.

Die Diagnose vor der Operation lautete: Ovarialtumor, wahrscheinlich Dermoid. Bei der Operation fand man eine große, birnförmige Cyste, deren Stiel von den Schenkeln des Zwerchfelles entsprang und die bis zum kleinen Becken reichte. Die Cyste war vom Magen und Colon transversum verdeckt und fest mit beiden verwachsen. Sie enthielt purulente Flüssigkeit und eine Tochtercyste. Nach Exstirpation Heilung ohne weitere Zwischenfälle. *Kindl.*

Magarey, A. Campbell: A solitary obsolescent pelvic hydatid. (Eine solitäre, absterbende Echinokokkencyste im Becken.) Australas. med. gaz. Bd. **35**, Nr. 19, S. 412—413. 1914.

Die Entstehung der Solitärcyste, die bei der Obduktion eines 64jährigen Mannes gefunden wurde, ist entweder zu erklären als letzter und einzigster Überrest einer multiplen Infektion, oder aber als Einzelinfektion durch die Darmwand hindurch mit Senkung nach dem tiefsten Punkte, dem Becken. Verf. macht noch auf die Gefahren aufmerksam, die durch Berstung der Kapsel infolge Trauma oder durch ein Durchwandern der noch immer lebensfähigen Tochterblasen entstehen können.

Wiemann (Kiel).

Pendl, Fritz: Gallertkrebs einer Urachuscyste. (*Schles. Krankenh., Troppau.*) (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 681—688. 1914.

Bei einem 45 jährigen Mann, der über Harnbeschwerden und ständige Schmerzen in der Unterbauchgegend klagte, wurde eine vom Nabel bis zur Symphyse reichende halbkugelige Vorwölbung festgestellt, die eine gefüllte Harnblase vortäuschte. Bei der Operation fand sich eine etwa kopfgroße Cyste, welche mit dem Scheitel der Harnblase und der Fascie des Musculus rectus fest verwachsen war. Resektion des Blasenscheitels war notwendig. Glatte Heilung. Der Inhalt der Cyste bestand aus einer grünlichen, gallertigen dickflüssigen Masse. Die Wand der Cyste war 2—3 cm dick und bot einen histologischen Aufbau, der dem der Harnblase völlig glich. Außerdem ergab die mikroskopische Untersuchung, daß die ursprüngliche Schleimhaut eine Umwandlung im Sinne einer Gallertkrebsentwicklung erfahren hatte. Diese Diagnose wurde noch gesichert durch ein Carcinomrezidiv, das etwa 8 Wochen nach der Operation in der Bauchnarbe auftrat. *Konjetzny* (Kiel).

Landry, Lucian H.: Abdominal gunshot wounds; report of two unusual cases. (Bauchschußwunden; Bericht über 2 ungewöhnliche Fälle.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66**, Nr. 10, S. 707—711. 1914.

Während auf dem Schlachtfelde und in den Feldlazaretten bei Bauchschüssen die abwartende Behandlung vorzuziehen sein wird, ist im Frieden die Indikation zur sofortigen, möglichst frühzeitigen Laparotomie zu stellen. Bericht über 3 durch Operation geheilte Fälle von Alsobrook. Hinweis auf die Statistik von Maurice Kahn über 13 Fälle, welcher bei 6 Operierten Schußverletzungen nur des Bauches eine Mortalität von 17% hat, und von Cunningham Wilson aus Birmingham, welcher von 25, durchschnittlich 9,8 Stunden nach der Verletzung operierten Bauchschüssen eine Sterblichkeitsziffer von 40% angibt.

Krankengeschichten zweier selbst beobachteter Fälle; in dem einen Einschuß über dem rechten Hüftbein, $1^1/_2$ Zoll hinter dem vorderen Hüftbein; das Geschoß saß $2^1/_2$ Zoll links vom III. Lendenwirbel unter der Haut. Laparotomie zeigte eine Verletzung des Wurmfortsatzes und eine Perforation des Coecum, sowie ein großes Hämatom im retroperitonealen Gewebe. In dem anderen Falle war durch einen Schuß von $3^1/_2$ Zoll rechts und 2 Zoll über dem Nabel nach der rechten 9. Rippe in der Skapularlinie eine große Blutung aus dem konvexen, unter der Zwerchfellkuppel gelegenen Teil der Leber entstanden, welche nur durch Tamponade gestillt werden konnte. *Kaerger* (Kiel).

Lejars, F.: Sur une variété de tumeurs centro-abdominales. (Über eine Abart zentraler Abdominaltumoren.) Semaine méd. Jg. **34**, Nr. 21, S. 242—243. 1914.

Zentrale Abdominaltumoren werden beobachtet als „entzündliche Tumoren" infolge Tuberkulose, infolge Perigastritis, infolge Pericolitis und endlich als große Dünndarmabscesse infolge Dünndarmtumoren. Auch primäre Netztumoren sind nicht so sehr selten. Für alle diese Formen führt Verf. selbstbeobachtete Fälle an. *Kalb* (Stettin).

Dickinson, Robert L.: Efficiency engineering in pelvic surgery; one and two-suture operations. (Wirksamste Methode in der Beckenchirurgie: Eine- und Zwei-Naht-Operationen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 559—571. 1914.

Verf. glaubt, daß man viel Zeit, Arbeit und Material sparen könne durch Ausarbeitung einer möglichst zweckmäßigen Normalmethode, die dann strikte von allen, Ärzten und Personal, zu befolgen sei. Dies bezieht sich sowohl auf Operationsverfahren wie auf den ganzen klinischen Betrieb überhaupt. Er gibt einige Beispiele dafür, wie er sich die Ausführung vorstellt, indem er zeigt, wie man bei einer Reihe gynäkologischer Operationen mit einer oder zwei fortlaufenden Nähten, die auch die Blutstillung mit besorgen, auskommen kann. *Wehl* (Celle).

Bauchfell:

Eastman, Joseph Rilus: The fetal peritoneal folds of Jonnesco, Treves and Reid, and their probable relationship to Jackson's membrane and Lane's kink. (Die fötalen Bauchfellfalten von Jonnesco, Treves und Reid und ihre wahrscheinlichen Beziehungen zu Jacksons Membran und Lanes Schleife.) Proctologist Bd. **7**, Nr. 1, S. 29—31. 1913.

Die Feststellungen beruhen auf Untersuchungen an Föten und Neugeborenen. Die parieto-kolische Falte von Jonnesco und Juvara entspringt von dem Peritoneum an der medialen Seite des Kolons und verläuft schräg über die Vorderfläche des

Colon ascendens nach oben, wo sie rechts von diesem mit dem Peritoneum parietale verschmilzt. Die Plica genito-mesenterica Reids verläuft vom Mesenterium des untersten Ileums über den Beckenrand hinweg und endet unter dem Ovarium, bzw. am inneren Leistenring; sie hat aber außerdem noch einen Fortsatz zum Ileum und vermittelst des Peritoneums des Mesenteriolums zum Wurmfortsatz: die Trevessche Falte. Anscheinend sind diese Falte und Lanes Band identisch. Die Falte Jonnescos entsteht wahrscheinlich aus Adhäsionen, die noch während der subhepatischen Lage des Kolons entstehen, und durch den Descensus des Coecums zu einem schrägen Band ausgezogen werden. *Gümbel* (Bernau).

Ryan, Charles: Membranous pericolitis (Jackson's membrane) and Lane's kink. (Membranöse Perikolitis [Jacksonsche Membran] und Lanesche Knickung.) Proctologist Bd. 7, Nr. 2, S. 75—89. 1913.

Unter Jacksonscher Membran versteht Ryan eine schleierartige Membran, die von der lateralen Seite her das Colon ascendens, manchmal auch das Coecum und das Transversum überzieht. Die Lanesche Abknickung ist eine Abknickung des untersten Ileum durch einen narbigen Strang, der das Ileum V-förmig nach unten fixiert. Die Diagnose derartiger Zustände ist nur durch sorgfältige Ausschließung aller differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Zustände möglich. Das Hauptsymptom sind Schmerzen in der rechten Seite des Leibes im Verlaufe des Colon ascendens. Temperatursteigerung und Bauchdeckenspannung fehlen. Die Behandlung ist entweder eine internistische und besteht in einer Anregung der Darmperistaltik und Kräftigung der Muskulatur, oder sie ist chirurgisch. Hier sind die verschiedensten Maßnahmen empfohlen worden, beginnend mit der einfachen Durchtrennung der Adhäsionen bis zu Darmausschaltungen und Darmresektionen.

In der Diskussion vertritt Pearse den Laneschen Standpunkt, daß Appendicitis, Gallensteine, Magenulcera Folgezustände von intestinaler Stase und Toxinämie seien und daß eine rationelle Therapie eine Beseitigung der Adhäsionen und Befestigung des Kolon oder eine Darmausschaltung nach Lane anstreben soll. Reynolds glaubt, daß die Membranen auf kongenitaler Anlage beruhen. Ford berichtet über 3 Fälle von besonders eigenartiger Membranbildung. Blesh betont den anderen gegenüber, daß eine Norm über die peritonealen Verhältnisse am Dickdarm sich überhaupt nicht aufstellen lasse und daß die Mehrzahl dieser Zustände eine Operation nicht erfordere. Bell betont für die Therapie die Regelung der Peristaltik und Hebung des Allgemeinbefindens. Auch Dunn will nur diejenigen Fälle der Operation zuführen, bei denen die Röntgenuntersuchung ein mechanisches Hindernis nachweist, auch er betont die Rolle, die der allgemeine Zustand des Körpers und des Nervensystems für die Entstehung der chronischen Obstipation spielt. *Marcuse* (Berlin).

McLean, J. H.: Colonic membranes. (Kolon-Membranen.) Texas State journal of med. Bd. 9, Nr. 11, S. 343—346. 1914.

McLean bespricht die nicht entzündlichen, vielmehr auf embryonale Störungen zurückzuführenden Membranbildungen im Bereich des Dickdarms, die sog. „Jacksonschen Bänder" usw. und ihre klinischen Erscheinungen. Die Diagnose ist schwierig, fast stets wird chronische Appendicitis angenommen; höchstens durch Wismut und Durchleuchtung kann die Diagnose gelegentlich gesichert werden. M. tritt für die Wegnahme dieser Membranen ein, wenn schwerere Störungen, Passagehindernisse usw. vorliegen. Mitteilung von 3 ausführlichen Krankengeschichten. *Draudt* (Darmstadt).

Connell, F. Gregory: Etiology of ileal kink, pericecal membrane and cecum mobility. (Ätiologie der Ileumknickung, der Membrana pericolica und des Coecum mobile.) Proctologist Bd. 7, Nr. 1, S. 29. 1913.

Lanes Knickung beruht auf exzessiver oder abnormer Fixierung, Jacksons Membrana pericolica auf übermäßiger Rotation, unvollkommenem Descensus, zu früher oder abnormer Fixierung, das Coecum mobile auf mangelnder Fixierung. *Gümbel* (Bernau).

Mériel, E.: Quelques réflexions sur le lavage du péritoine à l'éther. (Betrachtungen über die Ätherwaschung des Peritoneums.) Toulouse méd. Jg. 16, Nr. 11, S. 321—330. 1914.

Die große Differenz in den Erfahrungen mit der Ätherwaschung des Bauchfells sowohl bei schon vorhandener Peritonitis, wie zur Verhütung einer solchen bei Operationen, in denen die Gefahr der Entwicklung einer Peritonitis vorliegt, sind sehr auf-

fällig; auf der einen Seite (Morestin, Souligoux u. a.) wird das Verfahren aufs höchste gerühmt, selbst in verzweifelt scheinenden Fällen, auf der anderen Seite nur über Mißerfolge berichtet. Verf. selbst hat in 3 Fällen bald nach seiner Anwendung den Exitus eintreten gesehen. Den Grund für diese Unterschiede glaubt Mériel in experimentellen Erfahrungen finden zu können. Die Wirkung des Äthers ist eine sehr verschiedene, je nachdem man ihn in der Bauchhöhle läßt oder ihn nach Berührung mit dem Peritoneum zum Verdunsten bringt und den Rest sorgfältig austupft. Im ersteren Falle treten die schädlichen Eigenschaften des Äthers in den Vordergrund, im letzteren erwies er sich als ein wirksames Unterstützungsmittel in der Therapie. *Herzfeld* (Berlin).

Souligoux: De l'emploi de l'éther dans les péritonites généralisées. (Anwendung des Äthers bei allgemeiner Peritonitis.) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 23, S. 359 bis 361. 1914.

Bei diffuser Peritonitis werden 300—700 g Äther auf die Därme und ins Abdomen geschüttet und sofort wieder sorgfältig ausgetupft und durch zwei Drains abgeleitet. Unter 18 Fällen konnte bei 70% Heilung erzielt werden. Um toxische Folgen zu vermeiden, dürfen keine größeren Quantitäten zurückbleiben. *Hotz.*

Judd, Aspinwall: Tuberculous peritonitis. Surgical interference for its relief. Pap. 2. (Tuberkulöse Peritonitis. Besserung durch chirurgisches Eingreifen.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 23, S. 1125—1126. 1914.

Verf. empfiehlt seine Methode der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis: Laparotomie, Abwaschung der eventrierten Darmschlingen mit Wasserstoffsuperoxyd, ebenso Auswaschung aller Nischen der Bauchhöhle, soweit sie erkrankt, dann Abspülen mit Kochsalzlösung. Stets primäre Heilung der Laparatomiewunde. Wichtig ist, daß die Kranken möglichst bald aufstehen. In 4 Fällen, in denen vorgeschrittene Erkrankung anderer Organe bestand, Verschlechterung, in den übrigen, etwa 20 Fällen, war Verf. mit dem Erfolg der Methode sehr zufrieden. *Wehl* (Celle).

Kayser, Paul: Beiträge zur operativen Behandlung der Bauchhöhlentuberkulose. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 507—560. 1914.

Kurze Krankengeschichten von 81 in Eppendorf beobachteten Fällen. Kayser teilt sie ein in Peritonealtuberkulose (49 mal), und zwar solche mit freiem Ascites, abgekapseltem Exsudat und ohne Exsudat, Ileocoecaltuberkulose, Tuberkulose des Wurmfortsatzes, Dünndarm-, Mesenterialdrüsen- und Tubentuberkulose. 26 mal bestand gleichzeitig Lungentuberkulose; 10 von diesen gehören den Geheilten an. Mit Fieber kompliziert waren 40 Fälle. 48,1% Heilungen, wovon 35,8% Dauerheilungen im Sinne einer $4^1/_2$—14jährigen Nachbeobachtung. Diagnostische Tuberkulinreaktionen werden verworfen, da kein Resultat. Für die Naht werden einige stützende Seidennähte, die Muskeln und Fascie mitgreifen, empfohlen. Die heilende Wirkung des Laparotomieschnittes erklärt K. sich durch eine nach der Operation einsetzende starke Hyperämie im Sinne Biers, die kräftige antibakterielle Wirkung entfaltet. *Bernard* (Halle.)

Hernien:

Hamant, A., et René Thiébaut: Au sujet de plusieurs hernies congénitales du diaphragme. (Über den Befund mehrerer angeborener Zwerchfellhernien.) (*Laborat. de physiol., univ., Nancy.*) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Bd. **76**, Nr. 13, S. 595—598. 1914.

An der Hand eines bei einem Kaninchen erhobenen Autopsiebefunds von mehreren angeborenen Zwerchfellhernien (1 Abbildung) genaues Eingehen auf die Entstehungsart dieser Bruchform und Erklärung derselben durch die Entwicklungsgeschichte des Zwerchfells. Die Hernien ohne Bruchsack, welche in der ersten Lebensperiode bis zum 2. Monat entstehen, sind häufiger als die mit Bruchsack, die sich vom 2.—5. Monat bilden; nach Lecher 248 : 28. — Die kongenitalen Zwerchfellhernien sitzen häufiger links als rechts, 80 : 20; als Inhalt findet sich in denen ohne Sack sehr häufig der Magen, in denen mit Sack Dünndarm. *Kaerger* (Kiel).

Pisenti, Gustavo: In tema di ernia-infortunio. Note dedicate ai magistrati. (Zur Frage der Unfallshernie, der Beachtung durch die Behörden empfohlen.) **Med. d. infort. d. lav. e d. assicur. soc. Jg. 7, Nr. 4, S. 65—89. 1914.**

Eine beredte Philippika gegen die in Italien übliche Begutachtung des Bruchleidens als Unfallsfolge. Verf. tadelt vom Standpunkt des Pathologen und Gerichtsmediziners aus sowohl die mangelnde Qualifikation der ärztlichen Sachverständigen, wenigstens jener in den kleineren Orten, als die gewöhnlich übertrieben hohe Schadensliquidation durch die berufenen Behörden. Man müsse sich vor Augen halten, daß es sich in der großen Mehrzahl der „Unfallshernien" bloß um weitere Ausbildung eines bereits bestehenden Leidens handle, so daß eher von Berufskrankheit als von Unfallsfolge gesprochen werden könne. Dafür sei schon die notorische Häufigkeit unwissentlicher Träger von Hernien kennzeichnend. Auch die Bewertung des Schadens als Einbuße der halben Erwerbsfähigkeit sei durchaus übertrieben, wenn man bedenke, wie oft die Berufsarbeit durch den Bruch in keiner Weise behindert werde. Um der in Italien herrschenden Verwirrung bezüglich des Begriffes der Unfallshernie zu steuern, verlangt der Verf. schließlich die Aufstellung präziserer Gesichtspunkte im Sinne Thiems und meint, daß die so häufigen Urteile „nach Billigkeit" ebensosehr fehlende Fachkenntnis als Furcht vor der Verantwortlichkeit verraten.

Fieber (Wien).

Fedoroff, P. A.: Einige Fälle von künstlichen, während der Operation als solche erkannten Inguinalhernien. (*Milit.-Laz., Helsingfors.*) Terapewtitscheskoje Obosrenije Jg. 7, H. 9, S. 274—279. 1914. (Russisch.)

7 hierhergehörige Fälle, in denen bei der Operation stets starke narbige Veränderungen in der Umgebung des Annulus ext. can. inguin. mit zum Teil festen Verwachsungen des Samenstranges, besonders des Samenleiters vorgefunden wurden. Das Literaturstudium und eigene Überlegungen des Verf. führen ihn zum Schluß, daß es bis jetzt keine absolut sicheren Merkmale zur Erkennung künstlicher Brüche gibt, daß die Tatsache letzterer aber ohne Zweifel besteht, indem nach künstlicher Erweiterung des Annulus inguinalis subcutaneus durch weitere systematische Übungen die bruchsackartige Vorstülpung zustande kommt, und daß die Juden dank der physischen Degeneration besonders häufig, weil erfolgreich, zu diesem Mittel — vom Kriegsdienste loszukommen — greifen. *Stromberg* (St. Petersburg).

Lathrop, Walter: Umbilical hernia and lipectomy. (Nabelhernie und die Ektomie von Fett.) **Therapeut. gaz. Bd. 38, Nr. 3, S. 156—159. 1914.**

Nach Besprechung der Ursachen des Nabelbruchs, jener bei Frauen 12 mal häufigeren Bruchart als bei Männern und genauer Angabe der Mayoschen Operation Bericht über 46 unkomplizierte Nabelbruchoperationen mit keinem Todesfall und über 11 eingeklemmte Nabelbrüche mit 3 Todesfällen. — Die von Kelly empfohlene Lipektomie wird ausführlich beschrieben und ist in 15 Fällen, teils Nabelbruch mit Fettleibigkeit, teils reiner Fettleibigkeit mit Hängebauch, angewandt worden, in allen diesen Fällen wurden jedesmal 3—16 Pfund Fett entfernt. *Kaerger* (Kiel).

Moschcowitz, Alexis V.: Hernia of the large intestine. With special reference to sliding hernia. (Bruch des Dickdarms; mit besonderer Berücksichtigung des Gleitbruches.) **Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 4, S. 610—620. 1914.**

Übersicht über die Literatur und Hinweis auf das viel häufigere, praktische Vorkommen der Gleitbrüche als in der Literatur erwähnt und auf die Notwendigkeit, bei Bruchoperationen stets an diese Komplikation zu denken. 6 Skizzen erklären die Entstehung und Arten der Gleitbrüche. Unterschied zwischen Hernien des Dickdarms und den Gleitbrüchen, je nach dem der im Bruchsack befindliche Teil der Dickdarm vollkommen von Peritoneum überzogen ist oder nicht. Coecum, Colon transversum und die Flexura sigmoidea haben einen vollkommenen Peritonealüberzug und können nur unter außergewöhnlichen Bedingungen einen Gleitbruch bilden, während Colon ascendens und descendens in der Regel zum Gleitbruch führen. Bei der Behandlung ist vor allen Dingen das Erkennen dieser Komplikation während der Operation und das Vermeiden der Verletzung der ernährenden Darmgefäße die Hauptsache.

Kaerger (Kiel).

Lionti, Girolamo: L'ernia dell'appendice vermiforme del cieco. (Hernie der Appendix und des Coecums.) (*Osp. milit. princip., Palermo.*) Rif. med. Jg. **30**, Nr. 19, S. 508—523 u. Nr. 20, S. 546—551. 1914.

Verf. hat unter 168 Hernienradikaloperationen seines Lazarets zweimal im rechtseitigen Bruchsack den Wurmfortsatz als Inhalt gefunden (= 1,19%), Demosthen unter 1642 Fällen 8 mal = 0,49%. In den italienischen Sanitätsberichten von 1898—1911 figuriert dieses Ereignis unter 6756 Hernien nur 4 mal; außerdem zitiert Verf. noch 2 Fälle von Callegari und Bonavoglia. Genaue Krankengeschichten der 2 Fälle des Verf.; jedesmal war ein Trauma vorangegangen; der erste Soldat machte noch 10 Tage Dienst, der zweite bemerkte sofort nach dem Sprung die Anschwellung der Leistengegend. Beide Male bestanden ältere, aber leicht zu lösende Verwachsungen, die auf einen chronischen Prozeß hindeuteten. Die anatomischen Verhältnisse des Coecums sind so, daß in 45,83% der überhaupt beobachteten Fälle das Coecum nach unten in der Fossa iliaca liegt, in 14,58% in der Mitte, und in 14,58% nach oben, andere Situationen sind vereinzelt. Bezüglich der Überkleidung des Coecums mit Peritoneum folgt Verf. den Ausführungen von Ancel und Cavaillon, die 5 Typen aufgestellt haben: 1. Das Coecum flottiert frei in der Bauchhöhle, und ist an seiner Hinterfläche an der Mitte des gemeinschaftlichen Mesenteriums ähnlich wie eine Dünndarmschlinge aufgehängt (in 45% der Erwachsenen, 8,5% der Kinder). 2. Das Coecum ist rechts in einer retrocoecalen Höhle fixiert, aber nur an seinem äußeren Rande (7% bei Erwachsenen, 18% bei Kindern). 3. Die Verwachsung des Coecums an der Hinterseite ist nach unten bedeutend stärker (26% bei Erwachsenen, 43% bei Kindern). 4. Das Coecum ist nach hinten völlig fixiert (19% bei Erwachsenen, 22% bei Kindern). 5. Das Mesocoecum fixiert das Coecum noch in 4 Blättern (3,5% bei Erwachsenen, 8,5% bei Kindern). Die Lage des Processus vermif. studiert die Arbeit Liertzs, der an 2092 Fällen nach der Klassifizierung Waldeyers in 59% der Fälle normale Lagen des Organs konstatierte, während der Rest der Fälle sich auf anormale verteilt. Liertz fand die Appendix im Bruchinhalt 275 mal; bei Zusammenfassung aller Fälle aus verschiedenen Arbeiten auf 18 563 konnte dieses Ereignis nur in 0,38% festgestellt werden; Kinder neigen mehr dazu (6: 1 Erwachsene), Männer sind häufiger betroffen wie Frauen. Man unterscheidet angeborene und erworbene Appendixhernien, erstere entstehen als Nebenerscheinungen des Descensus testiculi, während für die erworbene vor allem die Lage des Coecums von Bedeutung ist. Bei der pathologischen Anatomie der Appendixhernie fand sich die Appendix mehr oder weniger an einen Bruchsack anschmiegend und mit diesem Verwachsungen bildend, oder es ergab sich, daß sie ohne deutlichen Bruchsack frei in den Bruchring sich vorstülpte; die Hernien der Appendix können reponibel sein, was aber sehr selten ist, meist sind sie irreponibel. Der pathologische Befund in den gewonnenen Wurmfortsätzen war meist der einer chronischen Entzündung, durch Bacterium coli veranlaßt. Cystische Vorgänge sind mehrfach beschrieben, dagegen nur eine einzige wahre Cyste (Cernezzi), 2 mal primärer Krebs (Escaffier und Gargitano). Von Komplikationen kommen vor: Einklemmung und Entzündung. Im Bruchinhalt eingeklemmter Hernien findet sich relativ oft der Wurmfortsatz, ohne daß er die primäre Ursache dafür abgibt, häufiger ist die Entzündung die Veranlassung zur Einklemmung; es ist oft schwer, Ursache und Wirkung voneinander zu unterscheiden. Verf. erwähnt 4 Typen: 1. Primäre Einklemmung; 2. primäre Einklemmung mit sekundärer Appendicitis; 3. Appendicitis herniaria; 4. Appendicitis herniaria mit sekundärer Einklemmung. Der Mechanismus des Zustandekommens einer Einklemmung ist wechselnd, je nachdem ein torquierter Wurmfortsatz die Veranlassung für die Einklemmung abgibt, oder eine Netzpartie, die die Appendix in den Bruchsack mitzieht; auch eine ursprünglich frei in den Bruchsack hineinhängende Appendix kann durch Vergrößerung ihres Volumens (z. B. Fremdkörper, Kotsteine) Incarceration verursachen; oder endlich kann eine schlingenförmig gebogene Appendix bei plötzlichem Eintritt in den Bruchsack durch Stase und Anschwellung diesen Zustand bewirken. — Die Appendicitis im Bruchsack kann unter den gleichen Bedingungen entstehen, wie bei normalem Sitz des Processus; dieser Modus ist der weitaus häufigste; sie kann in jedem Lebensalter eintreten (ein Fall von 86 Jahren!), betrifft mehr Männer als Frauen, bei letzteren häufiger in Crural-, bei Männern mehr in Inguinalhernien. Fremdkörper wurden in der Appendix im Bruchsack relativ häufig gefunden; bei Kindern oft Ascariden. Manchmal liegt ein Teil des Processus innerhalb des Bruchsacks, der andere innerhalb des Coecum peritoneale; dann kommt es zu Peritonitis. Bei der Symptomatologie muß man unterscheiden zwischen einfacher Hernie der Appendix und kompliziertem Bruch; bei ersterer ist der Wurmfortsatz stark ausgezogen unter der Haut schmerzlos zu fühlen, doch ist eine Unterscheidung z. B. von der Epiplocele kaum möglich, wie überhaupt die Symptome nicht charakteristisch sind. Ähnlich ist es mit den komplizierten Fällen, da die Symptome auch anderen eingeklemmten oder entzündeten Brüchen gemeinsam sind; Allgemeinsymptome und lokaler Schmerz werden manchmal in der Ruhe besser, aber das Volumen der Hernie hat immer Neigung zur Vergrößerung. Recurrierende Formen sind selten. Die Appendicitis catarrhalis hat analoge Erscheinungen wie eine primäre Einklemmung, doch ist der Beginn brüsker und der Schmerz diffuser. Suppuration und gangränöse Formen verlaufen schwerer; sekundäre Einklemmun-

gen neigen zur Perforation. Die Diagnose ist schwer, ja meist unmöglich; sie wird meist erst bei der Operation gestellt; jedenfalls soll man bei Sitz der Hernie rechterseits an die Möglichkeit einer Appendicitis herniaria denken. Zur Differentialdiagnose gegenüber Epiplocele, Lipom vor dem Bruchsack ist die mehr lobäre Form dieser Affektionen zu erwägen, gegenüber Cysten des Samenstrangs deren Fluctuation, gegenüber Schwellung der Lymphdrüsen dieser Gegenden die mehr runde Form dieser Anschwellung. Am schwierigsten ist die Unterscheidung bei Entzündung und Einklemmung. Als Behandlung kommt nur die Operation in Frage. *Scheuer* (Charlottenburg).

Chaput: Cure radicale de la hernie crurale par la greffe adipeuse pédiculée. (Radikaloperation der Schenkelhernie mittelst gestielten Fettlappens.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 40, Nr. 22, S. 766—767. 1914.

Nachdem Versuche den Cruralring mittels freier Fettlappen zu verschließen, fehlgeschlagen waren, macht Chaput bei großen oder bei rezidivierenden Cruralhernien folgende Operation: Freilegen des Bruchsackes von einem Inguinalschnitt aus; nach Abtragung des Bruchsackes wird von der der Hernie gegenüberliegenden Seite ein 10 cm langer, 3—4 cm breiter Fettlappen mit Stiel nach unten gebildet und nach Anlegung eines medianen Hilfsschnittes präperitoneal zum Cruralring geführt und am Lig. Cooperi und Lig. Gimbanati fixiert; Verschluß der inguinalen Wunde nach Bassini. *Salzer* (Wien).

Tscherepnin, K. N.: Zur Kasuistik operativer Eingriffe bei incarcerierter linksseitiger Inguinalhernie mit dem Blinddarm und Wurmfortsatz als Bruchinhalt im frühen Kindesalter. (*Chirurg. Klin., Prof. W. M. Mysch, Univ. Tomsk.*) Ssibirski Wratsch, Jg. 1, H. 20, S. 363—368. 1914. (Russisch.)

Genannter Bruchinhalt bei linksseitigen Hernien ist sehr selten und sind in der ausländischen Literatur 61 Fälle, in der russischen 14 derartige Fälle beschrieben. Das Interesse der Mitteilung wird aber noch erhöht durch das Alter des Patienten, weil bei Kindern Einklemmungen überhaupt sehr selten vorkommen, in Anbetracht des merkwürdigen Bruchinhaltes solche Fälle aber direkt was Exklusives darstellen. Der Fall des Verfs. ist erst der 10. in der Weltliteratur.

Es handelte sich um einen 10monatlichen, decrepiden Knaben, bei dem nach einmaligem kurzen Bruchaustritte beiderseits im 2. Lebensmonate eine konstante Geschwulst in der linken Beuge mit dumpfem Schall darüber, von elastischer Konsistenz, irreponibel erschien. Bei der Operation wurde das Coecum mit Appendix vom Leistenringe eingeklemmt, aber in gutem Zustande vorgefunden; nach Appendektomie Radikaloperation nach Bassini-Ferrari. Heilung.

Die verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten solcher anormaler Brüche besprechend (kongenitale Anomalien, Situs inversus, später durch Zug bedingte Dislokationen), nimmt Verf. für seinen Fall eine anormal große Beweglichkeit und Länge des Blinddarmes an. Zum Schluß bespricht Verf. noch die Notwendigkeit und die Möglichkeit einer Appendektomie während der Radikaloperation eines Leistenbruches. *Stromberg.*

Crucillà, Gaetano: Su di un caso d'ernia rara (inguino-superficiale femorale) con testicolo in ectopia crurale. (Über eine seltene Hernie (Hernia inguino-superficialis femoralis) mit Ektopie des Hodens nach der Schenkelgegend.) (*Osp. di Santa Maria Nuova, Firenze.*) Policlinico, sez. prat. Jg. 21, Nr. 23, S. 813—816. 1914.

Bei einem 43jährigen Mann besteht rechts eine Hernia inguinalis bilocularis superficialis, deren oberer Teil von Taubeneigröße zwischen dem vorderen und tieferen Blatt der Fascia superficialis abdominis liegt, und die sich nach unten über das Poupartsche Band hinwegziehend in eine zweite, hühnereigroße Ausbuchtung fortsetzt, die zwischen der oberflächlichen Fascie und der Fascia lata des Oberschenkels liegt. In ihrem untersten Teil findet sich der mandelgroße rechte Hoden, der sich zum Bruchsack wie bei angeborenen Leistenhernien verhält. Die rechte Scrotumhälfte ist leer. Bei der Operation wird der Bruchsack samt dem atrophischen Hoden und dem Samenstrang abgetragen, die Bruchpforte nach Bassini verschlossen. Die Hernie ist zurückzuführen auf einen offengebliebenen und verlagerten Processus vaginalis peritonei; die Ursache der Verlagerung bleibt unerklärt.
Nägelsbach (Erlangen).

Magen, Dünndarm:

Hartung, Adolph: X-ray findings in the normal stomach. (Röntgenstrahlenbefunde am normalen Magen. (Read before the Chicago Surgical Society, Dezember 5. 1913.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 6, S. 757—759. 1914.

Giffin, H. Z.: Fundamental considerations in the differentiation of gastric neurosis from organic abdominal disease. (Grundsätzliche Betrachtungen zur Unterscheidung der Magenneurosen von organischen Erkrankungen des Bauches.) Arch. of diagn. Bd. 7, Nr. 2, S. 111—120. 1914.

So schwierig die Diagnose einer Magenneurose ist, so gibt es doch gewisse Normen, die im allgemeinen vor Irrtümern schützen und einerseits nutzlose Operationen vermeiden lassen, anderseits bei organischen Leiden einen rechtzeitigen Eingriff ermöglichen. 1. Neurosen finden sich meistens zugleich mit anderen nervösen Beschwerden der verschiedensten Organe bei Patienten von kongenital asthenischem Typus. Die Familienanamnese und die genaue Krankengeschichte des Patienten geben hier wichtige Aufschlüsse. 2. Funktionsstörungen wie Hypersekretion, Hypermotilität, Pylorospasmus und Gastrospasmus finden sich nicht nur als Sekundärerscheinungen einer Neurose, sondern auch als solche von andersartigen Erkrankungen, wie Tuberkulose, Anämie, Nephritis oder Lebercirrhose. Bevor daher eine derartige sekundäre funktionelle Erkrankung ausgeschlossen ist, darf die Diagnose auf eine reine Neurose nicht gestellt werden. 3. Für eine Neurose spricht der stets Wechsel der Angaben des Patienten und seiner Symptome, so daß eine bestimmte Klassifizierung unmöglich erscheint. Ein konstanter Typus muß stets den Verdacht auf eine organische Erkrankung erwecken. Dieses gilt besonders für die Angaben über Schmerzen. Kehren die Schmerzen periodisch und anfallsweise wieder oder wird über typischen Hungerschmerz geklagt, so handelt es sich so gut wie nie um eine Neurose, ebensowenig, wenn Schmerzen an einer bestimmten Stelle mit saurem Aufstoßen zu bestimmten Zeiten nach den Mahlzeiten auftreten, vielmehr handelt es sich dann meistens um ein Duodenal- oder Magenulcus. Carcinome lassen sich durch die kürzere Krankheitsdauer gewöhnlich von vornherein unterscheiden. Eine belegte und rissige Zunge sowie Foetor ex ore finden sich aber sowohl bei Neurosen als beim Carcinom und Ulcus. 4. Schwierigkeiten bietet oft die Unterscheidung von sekundären Magenfunktionsstörungen bei chronischer Cholecystitis oder Appendicitis ohne Anfälle. Gewöhnlich sind aber bei einer Magenneurose gleichzeitig die verschiedensten neurasthenischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Neuralgien, Herzklopfen, leichte Ermüdbarkeit u. a. vorhanden. 5. Wenn bei einer kongenital neurasthenischen Patientin ein organisches Leiden auftritt, so lassen sich die schon früher vorhandenen Beschwerden von den neuentstandenen bei genauer Anamnese meistens ziemlich gut trennen, so daß gewissermaßen zwei Symptomenkomplexe nebeneinander bestehen. 6. Ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose bietet die Röntgenuntersuchung, die in der Mayoschen Klinik sich namentlich zur Unterscheidung des Magenulcus von funktionellen Störungen und von der Magenneurose als wertvoll erwies und zwar ließ sich hier in 83% der Fälle die richtige Diagnose stellen. Endlich gibt das Studium der Psyche des Patienten, das bei allgemeiner Neurasthenie auch eine Psychoneurose erkennen lassen wird im Sinne einer außerordentlichen Labilität der Stimmung, einen Anhaltspunkt für die Annahme einer Neurose. Derartige Patienten leiden oft auch an einer chronischen Unterernährung bei kongenitaler Enteroptose und Überempfindlichkeit des Magens. Es folgen statistische Angaben über 199 fälschlich operierte Fälle von Magenneurosen, die sich bei 1000 als Neurosen diagnostizierten Fällen in der Mayoschen Klinik fanden. Einige dieser Operationen waren auch in der Klinik gemacht worden. Die bei weitem häufigste Operation war die Appendektomie. 175 Fälle waren einmal operiert worden, 16 zweimal, 7 dreimal und 1 viermal. Bei all diesen blieben die Beschwerden unverändert, bei manchen traten noch neue Beschwerden infolge der Operation hinzu. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Daretti, Ugo: Un caso di gastrite flemmonosa diffusa primitiva. (Ein Fall von phlegmonöser Gastritis.) (*Policlin. Umberto I, Roma.*) Riv. osp. Bd. 4, Nr. 9, S. 434—437. 1914.

Seltene Affektion, höchtens 80 Fälle beschrieben. Die Symptome sind diejenigen einer akuten Gastritis mit peritonitischen Erscheinungen, heftigem Schmerz im Epi-

gastrium, Erbrechen von galligem Schleim, Fieber mit pyämischem Charakter, Meteorismus, Diarrhöe; schwerer septischer Zustand. Bei der Autopsie findet man eine eitrige Infiltration der Magenwand, die Mucosa ist häufig abgelöst und perforiert, durch die Öffnungen entleert sich Eiter.

50jähriger Mann. Schmerzen im linken Hypochondrium, starkes Fieber, Erbrechen, Dyspnöe, Zunge trocken, Palpation des Magens sehr empfindlich, Urinretention. Die Schmerzen dauern an, Tremor der oberen Extremitäten. Temperatur 36°. Am 3. Tage Kollaps und Tod. — Bei der Sektion fand man ein starkes Ödem der gastrischen Schleimhaut, mit kleinzelliger Infiltration derselben und der Submucosaödeme der Muskelschichten. Eigentümlich waren in dem Falle die ziehenden Schmerzen längs des linken Ureters und der rasch eingetretene Kollaps ohne Peritonitis, bevor es zur Eiterung kam. Bakteriologisch wurden Streptokokken nachgewiesen. *Monnier* (Zürich).

Mathieu, Albert: Études sur la pathologie de l'ulcus. 8. La sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse. (Studien über die Pathologie des Ulcus. 8. Die mesogastrische Stenose von geschwüriger Herkunft.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 87, Nr. 55, S. 901—904. 1914.

Der postulceröse Sanduhrmagen ist vor der Anwendung der Röntgenuntersuchung des Magens selten klinisch mit Sicherheit diagnostiziert worden. Seither ist seine Diagnose leicht und wurde verhältnismäßig häufig gestellt. Der Sanduhrmagen ex ulcere ist eng verknüpft mit der Pathologie des Ulcus der kleinen Kurvatur. Es gibt fast ausschließlich den Anlaß sowohl zur Bildung des spastischen als des narbigen Sanduhrmagens. In 5 Jahren sammelte Mathieu auf seiner Abteilung 25 Fälle von Sanduhrmagen, von ihnen 5 spastische, 20 narbige. 20 von ihnen betrafen Frauen, 5 Männer, obwohl Magengeschwüre schlechthin bei Männern doppelt sooft gefunden wurden als bei Frauen. Das Einlieferungsalter war meist zwischen 30 und 40 Jahren, die Magenvorgeschichte meist eine sehr lange. Bei den 5 Männern entwickelten sich dagegen die Symptome auffallend schnell. Die Symptomatologie ist diejenige des Ulcus der kleinen Kurvatur, kombiniert mit den Symptomen der Stenose. Hervorzuheben ist die Häufigkeit nach dem Rücken ausstrahlender Schmerzen und einer Druckempfindlichkeit im linken Oberbauch. Die Beschwerden kommen exquisit anfallsweise, von Pausen völliger Beschwerdefreiheit unterbrochen. Es besteht Neigung zu Hämatemesen. Hier und da kommt es vor, daß man die Stenose in der linken Oberbauchgegend als einen kleinen schmerzhaften Tumor fühlen kann. Den diagnostischen Ausschlag gibt das Röntgenbild. Häufig findet sich ein mesogastrischer Spasmus neben einer narbigen Striktur. — Zwei ausführliche Krankengeschichten. Bei beiden Kranken war eine Gastroplastik gemacht worden, die zur augenblicklichen Erleichterung der Beschwerden führte. Bei beiden bestehen aber Anzeichen, daß Rezidive der Stenose sich vorbereiten. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Mathieu, Albert: Etudes sur la pathologie de l'ulcus. 9. L'ulcus, l'appendicite, la colite chronique. (Studien über die Pathologie des Ulcus. — 9. Das Ulcus, die Appendicitis, chronische Kolitis.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 87, Nr. 63, S. 1029—1033. 1914.

Zwischen der Hyperchlorhydrie und der Appendicitis, sowie zwischen dem Ulcus und der Appendicitis bestehen Wechselbeziehungen, einmal in der Art, daß die verschiedenen Krankheitsbilder sich so ähneln können, daß Verwechslungen vorkommen, dann aber auch insofern, als eine bestehende Appendicitis zu embolischen Magengeschwüren führen kann. Eine Gastritis appendicularis kann für ein Ulcus gehalten werden, aber ebenso kann bei einem dilatierten und gesenkten Magen der ulceröse Pylorus bis in die Ileocöcalgegend dislociert sein. Die Operation gibt jedoch meist erst Aufschluß über die wahre Natur des Leidens. Immerhin kann eine genaue Analyse der Beschwerden in vielen Fällen schon vorher zu der Erkenntnis der Sachlage führen. — Das gleichzeitige Bestehen einer Kolitis und eines Ulcus ist sehr häufig. Es ist eine alte Regel, daß Magenkranke stets obstipiert sind. Dazu kommt die bei Magengeschwüren zu verordnende Diät, die fast ausnahmslos obstipierend wirkt. Wahrscheinlich löst

ein Ulcus reflektorisch Spasmen im Bereich des Dickdarmes aus. Die Folge dieser fast typischen Obstipation ist die Kolitis, unterstützt in Fällen von Magenblutungen durch den Einfluß des sich im Darm zersetzenden stagnierenden Blutes. Es kommt vor, daß die Kolitissymptome so im Vordergrund stehen, daß die Magenschmerzen ganz zurücktreten, ebenso wie nach Ablauf der Magenkrisen die Kolitis weiterbestehen kann. Sie ist es, die in einigen Fällen zu schwersten Kachexien führt, vor allem durch die sehr schwer zu bekämpfenden Durchfälle. — In der Behandlung des Magengeschwüres spielt aus diesen Gründen die Vermeidung und Bekämpfung der Obstipation eine große Rolle. Hierbei gilt es zu individualisieren. Nach vielen Versuchen ist Verf. augenblicklich zu einer täglichen Verordnung einer Mischung von Wismut und Magnesia gelangt, die ihm noch die besten Resultate zu geben scheint. 10,0 Bismut + 5,0 Magnesia bis zu dem Anderthalbfachen davon, täglich einmal. Wo sie vertragen wird, scheint aber dem Verf. in der angegebenen Hinsicht das beste die Senatorsche Fettdiät zu sein. In keinem der so behandelten Fälle ist es zu einer Kolitis gekommen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Mathieu, Albert: Études sur la pathologie de l'ulcus. 10. Sur quelques causes d'erreur de diagnostic. (Studien über die Pathologie des Ulcus. 10. Über einige Ursachen diagnostischen Irrtums.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 87, Nr. 68, S. 1109 bis 1114. 1914.

Es gibt Fälle, in denen der ganze Symptomenkomplex des Ulcus vorhanden ist und dennoch bei einer Operation oder Autopsie ein solches nicht gefunden wird. In mehreren dieser Fälle wurde bei der Operation der Magen geöffnet und von innen her nach Wilms genau besichtigt und abgetastet, vergeblich. Merkwürdigerweise sind gerade in solchen Fällen mehrfach durch die einfache Laparotomie die Beschwerden völlig beseitigt worden. Es gibt aber auch Hämatemesen selbst schwerster Art ohne Magenulcus. Zum Teil haben sie zum Tode geführt, ohne daß bei der Obduktion die geringste Läsion des Magens hat gefunden werden können, und der Ort der Blutung blieb unaufgeklärt. Dasselbe gilt von der Meläna. Werden solche Fälle nicht obduziert, so bleibt natürlich stets die Möglichkeit eines Ulcus, das nur nicht nachgewiesen wurde. Andererseits gibt es aber bei den verschiedensten Erkrankungen Magenblutungen, die zum Teil den Wert initialer oder prodromaler Symptome haben. Hierher gehört die Lebercirrhose. Mathieu teilt diese nicht ulcerösen Magenblutungen ein in solche, bei denen sich eine Splenomegalie findet oder nicht findet, und bringt für alle Arten von Magenblutungen, die er aufzählt, klinische Beispiele. Ein Fall von profuser Magenblutung ohne Milzschwellung, aber auch, wie der weitere Verlauf lehrte, ohne Cirrhose, blieb unaufgeklärt, wie die Mehrzahl der nicht zum Tode führenden Fälle. Einen Fall von Splenomegalie ohne Cirrhose legt er mit Vorbehalt einer früher überstandenen Lues zur Last. Die senile Arteriosklerose führt ab und zu zu Magenblutungen ohne Läsion. Dasselbe gilt von gewissen, oft profusen Magenblutungen der jungen Frauen, wenn sich nicht in vielen Fällen doch noch ein latentes Duodenalulcus dahinter verbirgt. Bei den Tabetikern kommen Magenblutungen mit und ohne Ulcus während der Krisen vor. Übermäßige Anstrengung beim Erbrechen kann zu diffusen, läsionslosen Blutungen aus dem Magen führen. Den Artikel beschließen drei Krankengeschichten, in deren zwei die Symptome des Magenulcus sich so gesteigert hatten und eine hinzugetretene Kolitis zu so heftigen akuten Symptomen geführt hatte, daß mit der Diagnose Ulcusperforation Laparotomien ausgeführt wurden, die einen völlig gesunden Magen ergaben. In einem dritten Fall bestanden alle klinische Zeichen des Magengeschwürs und der Perigastritis während mehrerer Jahre, daß schließlich in einer Periode starken Fiebers eine Laparotomie ausgeführt wurde, wobei die Bauchorgane sich als ganz gesund erwiesen. Tod an käsiger Pneumonie. Kein Ulcus! *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Giugni, Francesco: Ricerche sperimentali e considerazioni intorno allo studio della flora bacterica della porzione duodenale dell'intestino. (Experimentalbefunde und Betrachtungen das Studium der Bakterienflora des Duodenum betreffend.) (*Clin.*

med. gen., istit. di studi sup., Firenze.) Riv. crit. di clin. med. Jg. **15**, Nr. 18, S. 273—281. 1914.

Bericht über eigene Versuche, mittels der Sondierung des Duodenum nach Einhorn Material zur bakteriologischen Untersuchung dieses Darmabschnittes zu gewinnen, Kritik der jüngsten Literaturangaben und Erörterung der Schwierigkeiten und Fehlerquellen, mit welchen das Vorgehen per vias naturales zu rechnen hat. Die meisten Analysen des stets unverdünnt entnommenen und verarbeiteten Duodenalinhaltes fielen negativ aus, insbesondere gelang es dem Verf. nie, bei Typhusrekonvaleszenten Bacillen nachzuweisen. Diese bei der Unvollkommenheit des bisher geübten Verfahrens erklärlichen Mißerfolge dürfen jedoch nach Ansicht des Verf. nicht von weiteren Versuchen abschrecken, deren Gelingen für die Diagnostik der akut entzündlichen Erkrankungen der Gallenwege, des Pankreas und des Duodenum selbst von ausschlaggebender Bedeutung sein und auch die chronischen Bacillenträger (z. B. bei Typhus) erkennen lassen würde. *Fieber* (Wien).

Krafft, A.: Perigastritische Verwachsungen der kleinen Kurvatur im Röntgenbilde. (*Dtsch. Alexander-Hosp., St. Petersburg.*) Wratschebnaja Gaseta Jg. **21**, S. 837 bis 839. 1914. (Russisch.)

Autor erläutert an der Hand eines Falles, in welchem die röntgenologische Diagnose auf dem Operationstische nachgeprüft werden konnte, daß folgende Symptome bei der Diagnose der Verwachsungen an der kleinen Kurvatur der Beobachtung wert sind: bringt man den Patienten aus der stehenden Lage in Knieellenbogenlage, so verschwindet die Luftblase des Magens nicht, und die große Kurvatur steigt nach oben. Bedingt wird diese Erscheinung dadurch, daß der normalerweise an 2 Punkten fixierte Magen bei Verwachsungen der kleinen Kurvatur mit einem bei Lagewechsel unbeweglichen Organe, an 3 Punkten fixiert ist. *v. Holst* (Moskau).

Tappeiner, Fr. H. v.: Ulcus duodeni. (*Chirurg. Klin., Univ. Greifswald.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 23, S. 1065—1067. 1914.

Nach kurzem geschichtlichen Überblick — die erste Publikation über das Duodenalgeschwür ist 1817 erschienen — geht Verf. zunächst auf die Ätiologie ein. Im Anschluß an schwere Verbrennungen, septische Prozesse und an Bauchoperationen mit ausgedehnten Netzresektionen sind diese Geschwüre beobachtet worden, außerdem noch als spezifisch tuberkulöse oder typhöse. Diese Ulcera fallen aber nicht unter den Begriff Ulcus duodeni: unter letzterem versteht man mehr das eigentliche chronische Geschwür, das analog dem Magenulcus entsteht, häufig ohne nachweisbare Ursache. Die Tatsache, daß das Duodenalulcus im Ausland (Amerika, England) weit häufiger beobachtet ist als bei uns, erklärt Verf. damit, daß in Deutschland bis vor kurzem eine scharfe Trennung zwischen Ulcus ventriculi, pylori und duodeni nicht gemacht wurde; außerdem scheint auch das Vorkommen des Ulcus d. tatsächlich seltener zu sein in Deutschland. Die sog. Pylorusvene (Mayo), die von der großen Kurvatur noch aufwärts in der Richtung nach der kleinen Kurvatur hinzieht, gilt als Anhaltspunkt, ob Ulcus duodeni oder pylori vorliegt. Das Ulcus d. sitzt meist in der Vorderwand des Duodenums, 1—2 cm vom Pylorus entfernt; in der Regel ist nur ein Geschwür vorhanden. Das Hauptsymptom ist der Hungerschmerz, bedingt durch einen Pylorospasmus als Folge stärkerer Säuerung des Mageninhaltes im Anschluß an die bei Ulcus duodeni häufige Magensafthypersekretion; daneben sind wichtig die okkulten Blutungen, der circumscripte Druckschmerz und die Periodicität des Leidens. Der objektive Befund ist häufig gleich Null. Der Chemismus des Magens fördert die Diagnose nicht, ebenso wenig die Röntgendurchleuchtung; letztere höchstens dann, wenn eine Duodenalstenose vorhanden ist und es gelingt, einen nicht mit dem Magen zusammenhängenden Schatten in der Gegend des Duodenums nachzuweisen. Differentialdiagnostisch werden erwähnt Ulcus ventriculi, Cholelithiasis und Appendicitis; auch an tabische Krisen und Bleikolik muß gedacht werden. Schwere Blutungen, Stenosen und Perforationen der Geschwüre kommen als Komplikationen in Betracht. Während man im Anfangsstadium einen Versuch mit interner Behandlung machen kann, bleibt für die chronischen nur die operative, die in Gastroenterostomie ev. mit Verschluß des Pylorus zu bestehen hat, übrig. *Knoke.*

Schwarz, Karl: Beiträge zur Kasuistik und chirurgischen Therapie des peptischen Jejunalgeschwürs. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 694—732. 1914.

Verf. hat 146 Fälle von peptischen Jejunalgeschwüren zusammengestellt, die im Anschluß an Gastroenterostomie bei narbiger Pylorusstenose aufgetreten waren. Und zwar handelte es sich in dem bei weitem häufigsten Vorkommen um die Gastroenterostomia anterior ev. mit Enteroanastomose, während

es bei der Gastroenterostomia retrocolica posterior nur verhältnismäßig selten zur Geschwürbildung kam. Die Erklärung hierfür liegt in folgendem: ein peptisches Ulcus kann nur da entstehen, wo Magensaft hindringt; normalerweise paralysieren sich saurer Magensaft und ein antipeptischer Schutzstoff der Schleimhaut. Vermehrt sich ersterer oder vermindert sich letzterer, bzw. gelangt Magensaft direkt in einen Darmabschnitt, der vermöge seiner vom Magen entfernteren Lage für den sauren Magensaft nicht oder nicht genügend mehr vorbereitet ist, so sind die Bedingungen für das Entstehen eines Ulcus gegeben. Den Beweis für diese Annahme sieht Verf. im übrigen auch in der Tatsache, daß es ihm gelungen ist, bei vorhandenem Ulcus nach G. ant. durch Rückgängigmachen der vorderen Gastroenterostomie (Resektion) und späterer Anlegung einer hinteren Magendarmfistel dem Entstehen eines peptischen Geschwürs für die Folge vorzubeugen. Die Frage der Prophylaxe und Behandlung des betr. Geschwürs ist hierdurch beantwortet. Die Diagnose ist in der Regel leicht zu stellen, die Symptome sind verschieden, je nachdem die Geschwüre perforieren in die freie Bauchhöhle, in die Bauchwand, Brustwand, in das Mesenterium, in die Leber oder in das Kolon; auch können dieselben entstehen an der Gastroenterostomie selbst. Die meisten Jejunalgeschwüre entwickeln sich in dem ersten halben Jahre nach der Operation; doch sind auch Fälle beobachtet, die 5—10 Jahre gebraucht haben, um Erscheinungen zu machen. Das männliche Geschlecht überwiegt (Alkohol?). Neben der Operation spielt auch die Allgemeinbehandlung für die Prophylaxe (Darreichung von Alkalien u. a. m.) eine große Rolle. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Mertens, G.: Pyloroplicatio et Pylorotorsio. (*Vereinskrankenh. z. Roten Kreuz, Bremen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 262 bis 287. 1914.

Die Pyloroplicatio besteht in einer Raffung der Vorderwand von Duodenum und Pylorus in Längs- und Querfalten durch tiefgreifende seromuskuläre Nähte (Centralbl. f. Chir. 1913, Nr. 40). Die Nachuntersuchung von sechs derartig operierten Kranken ergab einen dauerhaften Verschluß 6 Monate nach der Operation. Die andere Methode, Torsion des Pylorus, wird ausgeführt, indem man die hintere Magenwand durch einen Schlitz im großen Netz durchzieht und sie mit der vorderen Duodenalwand vernäht. In 8 Fällen wurde ein guter Verschluß erzielt. Die beiden Methoden führen zu dem Ziel, den Pylorus dauernd funktionsunfähig zu machen und haben den Vorzug großer Einfachheit. Die Prüfung vor dem Röntgenschirm ergab eine schnelle Entleerung des Wismutbreies durch die Anastomose mehrmals schubweise, so daß die Annahme entsteht, es habe sich an der Anastomose ein neuer Sphincter gebildet. Der atonische Magen zieht sich nach oben. *Hotz* (Freiburg).

Hartmann, Henri: The function of the gastro-enterostomy opening in cases of permeable pylorus. (Die Funktion der offenen Gastroenterostomie in Fällen von durchgängigem Pylorus.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 832—840. 1914.

Trotzdem eine Neigung dazu besteht, anzunehmen, eine Gastroenterostomie obliteriere in Fällen von offenem Pylorus, ist diese Ansicht doch durchaus nicht bei allen Operateuren anerkannt. Anführung zahlreicher literarischer Belege. Hartmann tritt dieser schon oft erörterten Frage von Neuem mit Experimenten an Hunden und an der Hand von Nachuntersuchungen gastroenterostomierter Kranker, deren Pylorus nicht stenosiert oder verschlossen war, näher. Bei 7 Hunden wurde das weitere Schicksal der Magendarmöffnung untersucht. Es zeigte sich, daß in keinem Fall, selbst nach langer Beobachtungszeit, bei der Tötung der Hunde (bis zu 223 Tagen nach angelegter Gastroenterostomie) die Gastroenterostomie verschlossen war. Zwei Fälle verliefen mit Komplikationen. In 2 Fällen war die Anastomose zwischen Jejunum und Fundus gemacht worden. In diesen ging der Mageninhalt teils durch die Anastomose, teils durch den Pylorus. In 3 Fällen, in denen die Anastomose nahe dem Pylorus angelegt war, ging der Speisebrei allein durch die Anastomose.

Funktionell ist der wenig aktive Fundus von dem sehr tätigen Pylorusteil des Magens zu trennen. Liegt die Anastomose hoch, so geht der Mageninhalt an derselben vorbei, ohne daß der größte Teil die Anastomose passiert. Im unteren Magenteil treibt die tätige Muskulatur den Inhalt durch die Anastomose. Die falschen Resultate an Hundeexperimenten anderer Experimentatoren wurden dadurch verursacht, daß ihre Anastomosen an dem Fundus des Hundemagens gemacht wurden, der bei der Eröffnung der Hundebauchhöhle sich zuerst vordrängt, während der Pylorus unter der Leber verborgen liegt. Zu demselben Resultat führten die Röntgennachuntersuchungen 1—11 Jahre nach Gastroenterostomien bei Kranken mit offenem Pylorus (19 Fälle). 1 mal ging alles durch den Pylorus, 11 mal ging die ganze Wismutmahlzeit durch die Anastomose, 7 mal ging sie durch beide Öffnungen. Das soll natürlich nicht hindern, daß man in bestimmten Fällen an die Gastroenterostomie eine Pylorusausschaltung anschließt.

Ruge (Frankfurt a. O.).

Angélesco, C.: Technique de la gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. (Technik der Gastrojejunostomia transmesocolica posterior.) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. 1, Nr. 4/6, S. 201—209. 1914.

Beschreibung und Illustration der von Angélesco geübten Methode. A. näht fortlaufend mit Catgut. Die Naht legt er noch dreireihig an (sero-serös, sero-muskulär, mukös). Die Öffnung im Jejunum wird 30—40 cm unterhalb der Flexura duodenojejunalis angelegt, die Schlinge isoperistaltisch gelagert! Nach Schluß der Mucosanaht gründlichste Desinfektion, Wechsel des Assistenten. Keine Einnähung in den Mesocolonschlitz. Ernährung per os erst vom vierten Tage ab. Über Erfolge wird nicht berichtet. *Adler* (Berlin-Pankow).

Franck, Erwin: Magenkrebs, Unfallfolge. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 19, S. 956—958. 1914.

Franck geht einleitend auf den Zusammenhang zwischen Unfall und nachfolgender Geschwulstbildung ein. Um eine Geschwulstbildung als Folge eines Unfalls anzuerkennen, bedarf es einer gewissen Erheblichkeit des Unfallereignisses, ferner eines örtlichen Zusammentreffens zwischen Gewalteinwirkung und Geschwulstbildung und ferner der Forderung von Brückenerscheinungen zwischen Unfall und den ersten Verletzungsfolgen einerseits und dem Auftreten von Geschwulsterscheinungen andererseits. Da Fälle aus der Unfallpraxis, in denen alle Voraussetzungen vollauf zutreffen, immerhin selten sind, teilt Franck einen Fall mit, den er als einen Schulfall für die traumatische Entstehung des Magenkrebses ansieht. Ein 60jähriger Kahnführer verlor beim Abstoßen seines Kahnes das Gleichgewicht und schlug mit der linken Brustseite mit großer Gewalt auf den Rand des Kahnes. Direkte Unfallfolge: 1. Bruch der linken sechsten und vielleicht auch der siebenten Rippe vorn in der Gegend des Rippenbogens mit lauter Krepitation, starkem Bluterguß und Luftaustritt unter die Haut infolge gleichzeitiger Verletzung des Brustfells und der Lunge. 2. Starke Quetschung der linken fünften bis achten Rippe in der Gegend der Warzenlinie. Nach Abheilung der Rippenverletzungen bestand dauernd eine auffällige Schmerzhaftigkeit, die in der Gegend des linken vorderen Rippenbogens am ausgesprochensten war, und für die sich eine Erklärung schließlich nicht mehr finden ließ. Abmagerung. Nach sechs Monaten fühlte man unterhalb des linken Rippenbogens eine undeutliche Härte. Elf Monate nach dem Unfall Exitus. Die Sektion ergab, daß der Magen makroskopisch in seiner ganzen vorderen Hälfte krebsig entartet war. Die Berufsgenossenschaft erkannte den ursächlichen Zusammenhang des an Magenkrebs erfolgten Todes des Kahnführers mit dem Unfall an. *Kolb* (Heidelberg).

Finsterer, Hans: Zur Technik der Magenresektion. (*Chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 128, H. 5/6, S. 514—573. 1914.

Von den alten Magenresektionsmethoden verdient die Methode Billroth II den Vorzug. Sie hat aber als großen Nachteil, daß sich gelegentlich ein schmaler, gegen das Magenlumen vorragender Bürzel der Mageneinstülpungsnaht, der dicht an der großen Kurvatur sitzt, gegen die Anastomosenöffnung vorstülpt und einen ventilartigen Verschluß bildet (Kasuistik). Kelling empfahl deshalb rechtwinklige oder stumpfwinklige Anlegung der Durchtrennungslinie des Magens an der großen Kurvatur. Nachteil: Man muß ein gut Teil kleiner Kurvatur stehen lassen, und das ist beim Magen-Carcinom nicht möglich. F. empfiehlt zur Vermeidung dieser Schwierigkeiten die laterale Implantation der oberen Jejunum-Schlinge in den unteren Abschnitt des Stumpfes des schlauchförmigen Magens. Die Operationsmethode F.s, an 37 Resektionen ausprobiert, deckt sich „im Prinzip" mit der Hoffmeisters, verschiebt nur die Reihenfolge der Akte, denn F. zieht die Jejunumschlinge durch den Mesokolonschlitz hervor, ehe er die Resektion ausführt, und glaubt so aseptischer zu arbeiten als H. Technik: Medianer Längsschnitt. Beim Abtrennen des Lig. gastrocolicum Entfernen aller Drüsen, nament-

lich auch am Duodenalwinkel. Eventuell Resektion von Mesokolon und — wenn A. colica media nicht zu retten ist, auch des Querkolons. — Der Schlitz im Mesokolon liegt „radiär", d. h. längs aufwärts von der Wurzel. — Durchziehen der obersten Jejunumschlinge und vorläufiges Fixieren. Nun zirkulär Freimachen der Regio pylorica et Duodeni. Abquetschen des Duodenums 2—3 cm hinterm Pylorus. — Ligatur. 2 Tabaksbeutelnähte übereinander; man erleichtert sich die Einstülpung bei der ersten Naht durch Anziehen des Duodenums an 2 Haltefäden. Über diesen Nähten noch einige Lembert-Knopfnähte. Den peritoneumslosen Raum soll man möglichst einschränken. (Methode Krogius.) — Zur Sicherung der Naht Vernähen des rechten Mesokolon-Teiles über den Stumpf weg mit dem peritonealen Pankreas-Überzug. Nach Umschlagen des Magens mit dem Tumor nach links Ausräumen aller Drüsen überm Pankreas und dieser Gegend; Unterbindung der A. coronaria sin. doppelt dicht am Abgang. — Abtrennen des kleinen Netzes an der kleinen Kurvatur bis dicht an den Oesophagus heran. Nun erst Abquetschen des Magens. — Magenlumen durch doppelte Lembert-Naht bis auf eine 5 cm lange Partie an der großen Kurvatur verschlossen. — Dies offene Lumen wird nach sonst vollständig ausgeführter Magenverschlußnaht mit federnder Klemme abgeschlossen. — Nunmehr Fixation des linken Randes des Mesokolonschlitzes an der Hinterseite des hochgeklappten Magens (Katgutknopfnähte). Anastomose mit Jejunum und Magen. F. sagt, daß man zur Vermeidung von Spannung die Schlinge nicht zu kurz nehmen solle; betont aber späterhin, daß man gut tue, die Schlinge ganz kurz zu nehmen, um Stauungen im Duodenum zu vermeiden. — Bei der Anastomose: Darmnaht dicht am Mesenterialansatz, Magennaht 5 mm von der gequetschten Partie entfernt. Die gequetschten Ränder werden abgetragen. F. näht die Anastomose in 3 Etagen. — Die gefährdete Stelle, wo Magenverschlußnaht und Anastomose sich treffen, sichert er vor jedem Zug, indem er die zuführende Schlinge am Magen fixiert (Naht: je 2 Einstiche in Magen- und Darmwand zur Erzielung breiter Verklebung). Zum Schluß Hochziehen des rechten Randes vom Mesokolonschlitz und Vernähen vorn am Magen dicht über der Anastomose. — Es liegt also die Anastomose unten in der freien Bauchhöhle, die Magenverschlußnaht im Oberbauchraum. — Tamponade nur bei Resektion von Pankreasgewebe oder ähnlichen Komplikationen. Kritik: Die ganzen Lymphgefäßbezirke des Carcinoms müssen entfernt werden; d. h. also die ganze kleine Kurvatur, das kleine Netz, die Hälfte der großen Kurvatur (beim Pylorus-Carcinom, eventuell auch das ganze große Netz. — F. vergleicht sodann seine Methode mit denen Reichel-Polyas, Sasses u. a. und betont den hohen Wert der Lokalanästhesie für diese Operation, welche die Gefahr vieler Komplikationen und der Infektion ohne Frage verringern. — (Übersicht über die 37 operierten Fälle.) Beurteilung der Resultate: F. hebt hervor, daß er sehr weite Indikationsstellung habe. Er teilt seine Fälle in 3 Gruppen ein: 1. Fälle, die auch nach den gangbaren Kontraindikationen noch operabel waren; 2. Fälle, wo ein ausgedehntes Übergreifen des Carcinoms auf das Pankreas, Mesokolon usw. gefunden wurde, wo außerdem Arteriosklerose und schwere Bronchitis bestand; 3. Fälle, wo bei der Operation bereits sicher Carcinom zurückgelassen werden mußte, die also nur als palliativ-operierte zu betrachten seien. Gruppe I: 15 Fälle ohne Todesfall. Alle geheilt. Gruppe II: 18 Fälle (19? d. Ref.), 11 mal mit Pankreas, 5 mal mit Mesokolon, 3 mal mit Kolon, 3 mal mit Oesophagus - Resektion. Mortalität 7 Fälle = 38 %. (Genaue Aufzählung der Ursachen: Pneumonie, Fistula am Oesophagus, Peritonitis durch Enteritis, durch die Operation, 2 mal Lungenembolie). Gruppe III: 3 Fälle, die bewußt palliativ operiert wurden. 1 Todesfall, 2 Fälle wurden nach 2 bzw. 5 Wochen zur Röntgenbestrahlung freigelegt. Gesamtmortalität 29% (8 Todesfälle auf 27 Resektionen; die Zahlenzusammenstellung ist dem Ref. nicht völlig klar geworden!) — Zum Schluß bringt F. noch eine kritische Besprechung einzelner Operations-Phasen: der Duodenalverschließung, deren Naht man in umständlicher Weise durch eine weitere Anastomose zwischen Duodenum und Dünndarm gelegentlich gesichert habe. Die Gefahr der Oesophagus-Fistel minderte F., in dem er den die Cardia überragenden Anteil des Fundus um den Oesophagus-Endteil herumschlug und durch Lembert-Nähte fixierte. Diese Magen-Manschette sichert die Oesophagusnaht. — Dadurch sistiert freilich die Oesophaguspassage solange, bis die Oesophagusverschlußnähte gelöst und resorbiert seien. F. erwartet, daß dieses später eintritt als die Verklebung der Magenmanschette. — Zur Ernährung in dieser Zeit der Passagestörung legt F. die Jejunostomie an. — Die Magenmanschette wurde zur Sicherheit auch tamponiert. — Kolonresektion einzeitig, wenn tamponiert werden mußte, sonst immer zweizeitig (Hochenegg, v. Miculicz). Die gelegentlich auftretende und meist tödliche postoperative Diarrhöe schiebt F. auf Ausfall von Pankreas- und Darmsäften. Zur Vermeidung sei natürlich die Kochersche Methode das beste Verfahren. Leider sei es zu selten ausführbar, da die kleine Kurvatur fast immer ganz mit reseziert werden müsse. — Zum Schluß bemerkt F. für das Ulcus ventriculi: Resektion immer, wenn keinerlei technische Komplikationen vorliegen, da man ein Carcinom doch nicht absolut sicher ausschalten kann. Wo technische Schwierigkeiten (Verwachsungen), da nur dann Resektion, wenn Verdacht auf Carcinom. Aus den 7 Schlußsätzen sei noch hervorgehoben, daß man die Möglichkeit einer Resektion erst nach Probelaparatomie und „länger dauerndem Mobilisierungsversuch" entscheiden dürfe. (Grund: die Möglichkeit entzündlicher Adhäsionen.) Weiter sei die bewußte Palliativoperation un-

bedingt berechtigt, da die Kranken nach Entfernung des jauchenden Tumors sich rascher erholten als nach einfacher Gastroenterostomie. *Hesse* (Greifswald).

Schmidt, Ad., und A. Ohly: Angeborene Erweiterung mit Divertikelbildung des Duodenums (Symptomatologie und Diagnose.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 23, S. 1278—1280. 1914.

Beschreibung eines Falles von Pancreatitis intermittens, als deren Ursache röntgenologisch und durch die Autopsie in vivo eine Erweiterung des ganzen Duodenums mit Divertikelbildung in der Pars descendens, die höchstwahrscheinlich als angeborene Anomalie angesehen werden muß, festgestellt wurde. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Melchior, Eduard: Kongenitale tiefe Duodenalstenose bedingt durch Situs inversus partialis. (*Chirurg. Klin., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 25, S. 1161—1162. 1914.

Den bisher bekannt gewordenen Fällen von kongenitaler Duodenalstenose, die sich in zwei prinzipiell verschiedene Typen trennen: 1. die Klasse der intestinalen Hemmungsmißbildungen und 2. die Klasse der durch ein Pankreas annullare mechanischen Verengerungen, reiht Melchior eine dritte Form an, bei der die Stenose des Zwölffingerdarms die Folgeerscheinung eines unvollkommenen Situs inversus bildet. *Gelinsky* (Berlin-Halensee).

Ellis, Gordon E. D.: A case of traumatic rupture of the small intestine. (Fall von traumatischer Dünndarmruptur.) St. Bartholomew's hosp. journ. Bd. 21, Nr. 10, S. 168—169. 1914.

Buriánek, Bohuš: Fall von Incarceration einer Dünndarmschlinge zwischen die Blätter des rechten Ligamentum latum. (*Mähr. Landeskrankenh., Olmütz.*) Časopis lék. českých, Jg. 53, Nr. 25, S. 789—791. 1914. (Tschechisch.)

In der Literatur einzig dastehender Fall: 63jährige Frau, vor 12 Jahren bereits linksseitiges Fundusmyom diagnostiziert, wegen des schlechten Kräftezustandes aber nicht operiert. Seit längerer Zeit Appetitlosigkeit, beim Anspannen der Bauchpresse Gefühl, als ob im Unterbauch etwas emporspränge, hierauf Schmerzen rechts; erst nach Aufstehen und Bauchmassage jetzt Entleerung des sehr festen Stuhls. Vor 2 Tagen traten sehr heftige Schmerzen im rechten Unterbauch, Aufstoßen und Erbrechen auf, Verhalten von Stuhl und Winden. Bei der Aufnahme Bauch aufgetrieben, Darmsteifung; Uterus retroflektiert, mit ihm ein großer, harter unverschieblicher und nicht empfindlicher Tumor zusammenhängend; rechts vom Uterus im Douglas eine empfindliche Resistenz. Im Abdomen fand sich bei der Operation der Uterus durch zwei linksseitige mannsfaustgroße Myome, die hinter das Promontorium gesunken waren, in Retroflexion fixiert; zum hinteren Blatt des rechten Lig. latum zog eine erweiterte Dünndarmschlinge, nach hinten vom überhängenden Ovarium und der Tube gedeckt, unmittelbar daneben eine kollabierte Schlinge. Nach Anheben des Uterus samt den Myomen sah man das unterste Ileum in eine kleine kreisförmige Lücke zwischen die beiden Blätter des Lig. latum ziehen; es ließ sich durch leichten Zug befreien. Die $6^1/_2$ cm voneinander entfernten Incarcerationsringe erwiesen sich als noch lebensfähig. Die Öffnung im Ligament maß $1^1/_2$ cm im Durchmesser, lag in dessen Mitte; man gelangte zwischen den beiden Blättern bis zum Uterusrande in eine von Peritoneum ausgekleidete Höhle. Die Öffnung wurde verschlossen, die Myome amputiert; glatter Verlauf. — Durch die Fixation des Uterus war das hintere Blatt des Lig. latum gegen den Boden des Douglas gedrängt; es handelte sich wohl um eine chronische Einklemmung des Darms, welche erst zuletzt komplett wurde. Beim Stuhlgang hob der Inhalt der Flexur die Myome und der Zug am Ligament verursachte Schmerzen an der eingeklemmten Schlinge. *Klauber* (Prag.)

Wickenden, Stanley: A case of gall-stone causing intestinal obstruction. (Fall von Gallensteinileus.) Lancet Bd. 186, Nr. 26, S. 1813—1814. 1914.

Wurmfortsatz:

Benjamin, A. E.: The co-relation of appendicitis, mucous colitis and membranous pericolitis. (Die Wechselbeziehungen zwischen Appendicitis, Colitis mucosa und Pericolitis membranacea.) Proctologist Bd. 7, Nr. 1, S. 31—34. 1913.

Der Colibacillus ist ein tötlicher Feind des Menschen, dessen Entwicklung durch die Kotstauung, eine Folge der Eingeweidesenkung, begünstigt wird. Das Coecum ist infolge seiner anatomischen Lage ein natürliches Staubecken für Faeces, Schleim und Bakterien, die Flexura hepatica und lienalis Hindernisse für die Passage, deren Knickung Kotstauung verursacht. Wenn Kotstauung und Drucksteigerung im Darm besteht, erfolgt Auswanderung der Bakterien durch die verdünnte Darmwand, die

lokale Peritonitis und Membranbildung verursacht, in deren Gefolge wieder Verstopfung auftritt. Ebenso können die schleierartigen Membranen den Wurmfortsatz fixieren und durch Stauung der Bakterien Entzündung verursachen. Daher ist es notwendig, bei den chronischen Appendicitiden die Bauchhöhle breit zu eröffnen und das ganze Abdomen zu untersuchen.

Diskussion: van Buren Knott hält die Jacksonsche Membran für eine angeborene Anomalie. Jackson erklärt, daß die Membran in einem bestimmten Prozentsatz vorhanden ist und einen absolut charakteristischen Symptomenkomplex hervorruft. — Grant: In einem Fall von Hyperacidität war der Magen gesund, dagegen die Spitze des Wurmfortsatzes in eine Jacksonsche Membran eingehüllt. Nach Appendektomie verschwanden die Symptome. — Eisendraht: Coecums mobile oder Ptosis des Coecum stehen in keiner Beziehung zur Jacksonschen Membran. — Dennis hält die Bedeutung der Jacksonschen Membran noch nicht für geklärt. *Gümbel* (Bernau).

Sagredo, Nicolas: Würmer und Wurmfortsatzentzündung. (*Pathol. Inst., Univ. Genf.*) Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol. Festschr. f. P. v. Baumgarten-Tübingen Bd. **9**, H. 1, S. 225—241. 1914.

Sagredo untersuchte, wieviel Prozent der an verschiedenen Krankheiten gestorbenen Personen im Appendix Würmer beherbergten, wieviel der wegen Appendicitis entfernten Wurmfortsätze solche enthielten und die pathologischen Veränderungen solcher Appendices. Die bei der Sektion gefundenen Appendices enthielten in 10% Würmer oder Eier, vorzüglich Oxyuren, die durch eine Operation entfernten in 41%. Diese boten mit Ausnahme von 6 (wo sich 4 mal eine akute Appendicitis und 2 mal partielle Obliteration der Appendix fand) keine nennenswerten pathologisch-anatomischen Veränderungen. Daß es in diesen Fällen trotzdem zu einer die Appendicitis vortäuschenden Erkrankung kommt, wird nach Blanchard dadurch bewirkt, daß die in die Schleimhaut eindringenden Würmer mit den Ganglienzellen und Nervenplexus in Berührung kommen können. *Bernard* (Halle a. S.).

Fabricius, Josef: Über die Beziehungen der Appendix zu Erkrankungen des Genitalapparats. Med. Klinik Jg. **10**, Nr. 21, S. 879—883 u. Nr. 22, S. 921—923. 1914.

Der in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums gehaltene Vortrag gibt die reichen Erfahrungen Fabricius' über die Beziehungen der Appendix zu Erkrankungen des Genitalapparats wieder. Die akuten und chronischen entzündlichen Erkrankungen der Appendix üben viel häufiger, als man annimmt, einen schädlichen Einfluß auf das weibliche Genitale aus, während die Appendix von Genitalerkrankungen nur durch Adhäsionsbildung in Mitleidenschaft gezogen wird. *Reinhardt.*

Fowler, Royale H.: Non-descent of the cecum occurring in a case of acute appendicitis. (Unterbliebener Abstieg des Coecum, akute Appendicitis.) Americ. journ. of surg. Bd. **28**, Nr. **6**, S. 239. 1914.

Das Coecum hatte die fötale Lage beibehalten und zeigte noch konische Form. *Wiemann.*

Kirmisson: Appendicite rétro-cæcale; abcès appendiculaire. (Retrocoecale Appendicitis; appendicitischer Abszess). (*Hôp. des enfants-malad., Paris.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **25**, Nr. 11, S. 161—164. 1914.

Hartman, Henry, and G. C. Kindley: A case of pseudomyxomatous cyst of the appendix. (Über eine pseudomyxomatöse Cyste des Wurmfortsatzes.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 23, S. 1795. 1914.

Literaturbericht. Ätiologie: Abknickung des Wurmfortsatzes und peritoneale Verwachsungen. Diese Art Cysten entwickelt sich im Anschluß an chronische Entzündungsprozesse mit Obliteration des proximalen Appendixendes. Die Mucosa ist meist völlig atrophisch. Inhalt der Cysten: Mucin, Eiter, Blut. Größe: 15 cm Länge, 7 cm Durchmesser. Symptome: die der chronischen Appendicitis. Tumor nicht immer palpabel. Mitteilung eines Falles, in dem nach 2jährigen appendicitischen Beschwerden bei der Operation die Cyste gefunden wurde. *Colin.*

Birt, Ed.: Über Appendicitis in Ostasien, speziell Shanghai und Umgebung. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 437—456. 1914.

Birt berichtet in der Festschrift über die von ihm während eines Zeitraumes von 4 Jahren beobachteten, bzw. operierten 92 Fälle von Appendicitis. Sowohl hinsichtlich der Indikations-

stellung als auch des operative Vorgehens selbst weicht er von der jetzt wohl allgemein geübten Praxis nicht ab; er ist Anhänger von Kochsalzspülungen des Abdomens bei Peritonitiden. Das Hauptkontingent der Operierten stellten die Europäer (einschließlich Amerikaner), Chinesen werden nur wenige operiert; nicht als ob unter ihnen die Appendicitis seltener vorkäme! Das ist nicht der Fall Aber der Chinese entschließt sich schwer zur Operation, versucht zunächst auf alle mögliche Weise sich durch interne Mittel zu „kurieren" mit Hilfe seines Chinesenarztes, und kommt er dann zum Schluß in ein europäisches Krankenhaus, ist es in vielen Fällen zu Operation zu spät. Daß die Ernährungsart, die naturgemäß bei Europäern und Chinesen sehr verschieden ist, irgendeinen Einfluß auf das Entstehen der Appendicitis ausübe, glaubt Verf. nicht. Durch Berichte aus dem Inneren des Landes konnte festgestellt werden, daß dort Wurmfortsatzentzündungen häufig vorkommen, ausnahmslos aber intern behandelt werden. Eine Hauptaufgabe der europäischen Ärzte, vor allem der Dozenten an der Medizinschule besteht in der Aufklärung weitester Schichten der Bevölkerung, damit mit der Zeit die bisher erschreckend hohe Mortalität zurückgedämmt werden kann.

Knoke (Wilhelmshaven).

Dickdarm und Mastdarm:

Norsworthy, O. L.: Embryology and anatomy of the colon. (Embryologie und Anatomie des Colon.) Texas State journal of med. Bd. 9, Nr. 11, S. 340—343. 1914.

Kurze Übersicht über die während des Embryonallebens sich vollziehenden Rotationen und Fixationen des Dickdarmes, die bei nicht vollständigem Zustandekommen mancherlei chirurgisch wichtige Erscheinungen im Gefolge haben, wie verlagerte Appendix, Coecum mobile, die Lanesche Knickung, Pericolitis, Adhäsionen, Appendicitis usw. *Draudt* (Darmstadt).

Sledge, E. S.: Skiagraphic apocalypses in chronic constipation. (Röntgenologische Enthüllungen bei chronischer Obstipation.) South. med. journ. Bd. 7, Nr. 5, S. 381 bis 386. 1914.

Smith, Fred J.: Some reflections on intestinal stasis as a surgical disease. (Betrachtungen über die Kotstauung als chirurgische Erkrankung.) Internat. journ. of surg. Bd. 27, Nr. 5, S. 167—170. 1914.

Verf. polemisiert gegen ein allzu einseitige und auch oft übereilte chirurgische Behandlung abdominaler Erkrankungen, vor allem gegen die Kolektomie bei intestinaler Stase. Es sei nicht angängig, alle möglichen Erkrankungen in anderen Organen, wie die Anhänger der Kolektomie dies tun, der Koprostase zur Last zu legen. Sehr häufig werde dabei Ursache und Wirkung verwechselt. Eine genauere Diagnose sei immer zu fordern. Es dürfte auf einzelne Symptome nicht zu viel Wert gelegt werden. Auch die rein körperliche Untersuchung werde häufig zugunsten reiner Laboratoriumsgdiagnose vernachlässigt. Besonders warnt er vor einer Überschätzung der Röntgenuntersuchung des Abdomens. Auch die symptomatische und rein lokale innere und Diätbehandlung gebe recht gute Erfolge. Mindestens solle man, ehe man zu radikaleren Mitteln übergehe, auch die einfacheren und unschädlicheren versuchen. So empfiehlt er dringend die Appendicostomie zur Behandlung schwerer entzündlicher Veränderungen des Kolons. Verf. hält diesen Warnruf gegenüber den „verstümmelnden Chirurgen" für notwendig, um einer „Katastrophe" vorzubeugen.

Ellermann (Danzig).

Bilhaut père, M.: Stase intestinale et intervention chirurgicale. (Chronische Obstipation und chirurgische Intervention.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. 27, Nr. 5, S. 132—135. 1914.

Teilweise wörtlicher Auszug, teilweise sinngemäßes Referat einer Arbeit Pauchets über dasselbe Thema. *Ruge* (Frankfurt a. Od.).

Ssytschewa, L. M.: Zur Frage der Hirschsprungschen Krankheit. (*Chirurg. Klin., Prof. Pl. Tichoff, Univ. Tomsk.*) Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta Jg. 7, H. 19, S. 249—252. 1914. (Russisch.)

Die Zahl der im Auslande publizierten Fälle von Hirschsprungscher Krankheit belief sich bis anno 1913 auf 267 Fälle. Verf. hat alle russischen Fälle zusammengestellt, denen sie noch einen (den zehnten) beifügt.

43jährige Frau, die seit dem 20. Lebensjahre an Verstopfung mit zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes (Intoxikationserscheinungen) leidet. Pat. kam zur Operation wegen einem Uteruscarcinom, bei welcher Gelegenheit ein ganz abnorm erweiterter (12 cm im Durchmesser) Dickdarm — Colon descendens, Flex. sigmoidea u. der Anfangsteil des Rectums — mit hypertrophisch-verdickten Wänden gefunden wurde. Es ließen sich keinerlei mechanische Ursachen für diese Veränderungen nachweisen, so daß Verf. ihren Fall, als idiopathisch entstanden, zu der wahren Hirschsprungschen Form zuzuzählen sich berechtigt fühlt. *Stromberg* (St. Petersburg).

Groedel, Franz M.: Die Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbild. (*Hosp. z. hl. Geist, Frankfurt a. M.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22, H. 2, S. 206 bis 208. 1914.

Im Anschluß an Lehmanns Arbeit über einen Fall von Röntgenbefund bei Invaginatio ileocoecalis (Bd. XXI, Heft 5 der Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen) berichtet Groedel nochmals über einen schon früher (Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 14) beschriebenen derartigen Fall, bei dem es sich um eine oft wiederkehrende, sich leicht lösende Invag. ileocoecalis handelte. Die Röntgenaufnahmen boten das typische Bild der Darmstenose an der Klappe. Ein 2. Fall zeigte diese Erscheinungen aber in weniger ausgeprägter Weise. Verf. kommt auf Grund dieser Fälle zu dem Schluß, daß die Darminvagination sehr verschiedene Erscheinungen im Röntgenbilde verursacht, unter denen die der Darmstenose die wichtigste ist. *Thiemann* (Jena).

Zobel, Alfred J.: A further consideration of Sir Charles Ball's operation for internal hemorrhoids. (Weitere Betrachtung über Sir Charles Ball's Operation innerer Hämorrhoidalknoten. Proctologist Bd. 7, Nr. 3, S. 138—145. 1913.

Beach, William M.: Z-plastic operation for anal stricture. (Plastische Operation in Gestalt eines Z bei Analstriktur.) Proctologist Bd. 7, Nr. 3, S. 167—169. 1913.

Mitteilung eines Falles von Analstriktur, die durch folgende Methode operativ beseitigt wurde. Schnitt parallel und dicht neben der die Striktur bedingenden Narbe; senkrecht auf diesem an jedem Ende ein Schnitt in entgegengesetzter Richtung. Dadurch entsteht eine Z-ähnliche Figur. Ablösung der so gebildeten Lappen, welche dann um 90° verschoben und vernäht werden. *Posner* (Jüterbog).

Leber und Gallengänge:

Thompson, James E.: The pleural and pulmonary complications of tropical abscess of the liver. (Pleurale und pulmonale Komplikationen des tropischen Leberabscesses.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 891—908. 1914.

Verf. beginnt mit einer eingehenden Schilderung der anatomischen Lageverhältnisse der Leber zu Zwerchfell und Lunge. Dann bespricht er die beiden Wege, auf denen eine Weiterverbreitung eines Leberabscesses möglich ist nämlich den direkten durch Fortleitung der Entzündung durch das Diaphragma in die Pleurahöhle oder in die Lunge falls diese adhärent ist oder aber durch Embolie von den Lungenarterien aus, nachdem ein Leberherd in eine Lebervene oder in die Cava inf. durchgebrochen ist. Bei der direkten Fortleitung kann es leicht sich ereignen, daß der primäre Herd sich vollständig entleert, so daß scheinbar nur ein Lungenherd vorhanden zu sein scheint. Auch der Lungenabsceß kann sich durch Aushusten seines schokoladebraunen Inhalts so verkleinern, daß er klinisch nicht mehr nachweisbar ist. Deshalb sind die Symptome sehr verschieden, die Diagnosenstellung häufig sehr schwierig. Embolische Lungenabscesse sind realtiv selten. Als erstes Zeichen der Weiterverbreitung des Leberabscesses tritt ein überaus heftiger Schmerz zwischen den Schulterblättern auf, zu dem sich dann schnell die Zeichen einer Lungeninfiltration oder eines pleuritischen Exsudates gesellen. Der Durchbruch in einen Bronchus pflegt nicht auszubleiben. Es können damit alle Beschwerden schwinden, es kann aber der Absceß sich wieder füllen und die Patienten so in Intervallen das charakteristische Sputum auswerfen. Bei 27 selbst beobachteten Fällen sah Verf. in 40% Komplikationen von seiten der Pleura oder Lunge. Die Aussicht auf spontane Ausheilung ist nur gering. Durch Operation konnten 48% geheilt, 22% wesentlich gebessert werden, 29% starben. Therapie: Bei einem Lungenabsceß ohne Infektion der Pleura soll man abwarten, weil in diesen Fällen leicht der ganze Inhalt der Eiterhöhle ausgehustet wird. Besteht dagegen eine Pleuritis, dann wird man sich zur breiten Eröffnung entschließen. Kurze Krankengeschichten der vom Verf. beobachteten Fälle, kurze Referate aus der Literatur. *Brüning* (Gießen).

Barling, Seymour: Note on a foreign body removed from the liver after twenty-three years. (Bericht über einen nach 23 Jahren entfernten Fremdkörper der Leber.) Arch. of the Roentgen ray Bd. 19, Nr. 1, S. 25—26. 1914.

26jährige Frau, die vor ca. 23 Jahren bei einem Fall mit einer Flasche sich eine schwere Verletzung der rechten unteren Thoraxpartie zugezogen hat. Seit 3 Jahren Beschwerden in Form von intermittierenden nach der Leiste ausstrahlenden Schmerzen in der rechten Bauchseite.

Vor 2 Jahren Entfernung der Appendix, ohne Besserung. Jetzt ergab das Röntgenbild einen 3 Zoll langen, 1 Zoll breiten Schatten über der 10. und 11. Rippe nach außen vom oberen Pol der rechten Niere. Abbildung der sehr deutlichen Röntgenbilder. Laparotomie ergab im subphrenischen Raume starke Verwachsungen, in deren Mitte sich eine große Cyste mit verdickter Wandung teils oberhalb, teils in der Substanz des rechten Leberlappens vorfand. Inhalt war alte hämorrhagische Flüssigkeit und ein dreieckiges Stück dicken grünen Flaschenglases mit scharfen Rändern. Tamponade und Drainage der Cyste. Heilung per secundam. *Jurasz* (Leipzig).

Anderson, A. E.: Gall-stones. The anatomy and physiology of the common bile duct and gall-bladder and formation of gall-stones. (Gallensteine: Die Anatomie und Physiologie des Ductus choledochus und der Gallenblase und die Bildung von Gallensteinen). Saint Paul med. journ. Bd. **16**, Nr. 6, S. 351—361. 1914.

Hertz, Arthur F.: Gall stones. A clinical lecture. (Gallensteine. Eine klinische Vorlesung.) Guy's hosp. gaz. Bd. **28**, Nr. 677, S. 206—213. 1914.

Verf. hebt in seinem klinischen Vortrag über Gallensteine die Bedeutung des Cholestearins oder Cholesterols, wie es neuerdings von den physiologischen Chemikern genannt wird, hervor. Er bespricht die Herkunft desselben und die Umstände, unter denen Gallensteine gebildet werden. Sodann führt er das klinische Bild der Gallensteinanfälle, besonders der Gallensteindyspepsie und der abortiven Gallensteinkoliken näher aus, des weiteren Diagnose, Symptomatologie, Röntgenbefund und -Behandlung des Leidens. *Jurasz* (Leipzig).

Robinson, H. Betham: Calculi in the common bile-duct; transduodenal and retroduodenal choledochotomy. (Steine im Ductus choledochus; transduodenale und retroduodenale Choledochotomie.) Lancet Bd. **186**, Nr. 25, S. 1734—1736. 1914.

● **Chauffard, A.: Leçons sur la lithiase biliaire.** (Vorlesungen über das Gallensteinleiden.) (*Clin. méd. de Saint-Antoine, Paris.*) Paris: Masson et Cie. 1914. II, 242 S. u. 20 Taf. Frcs. 9.—.

Dem Buche ist ein Kapitel vorausgeschickt, das mit ihm nur in sehr lockerem Zusammenhang steht, nämlich ein Vortrag über Unveränderlichkeit der Krankheitsbilder im Laufe der Jahrhunderte und über die Bedingungen, unter denen diese oder jene Krankheit in ihren Erscheinungsformen variieren kann. In glänzender Sprache wird ausgeführt, wie wir aus den Krankheitsbeschreibungen der alten Schriftsteller unsere heutigen Leiden wiedererkennen können, wie die allgemeinen Grundzüge des Krankheitsbildes stets dieselben geblieben sind, und wie nur Variationen in kleinen unwesentlichen Details zu bemerken sind. Trotz dieser Konstanz dürfen wir aber nicht folgern, daß jeder Kampf gegen die Krankheiten vergeblich wäre, daß unsere hygienischen und prophylaktischen Maßnahmen ohne Erfolg sein werden. Der größte Ruhm, das größte soziale Verdienst wird im Gegenteil sich jeder erwerben, der den Kampf aufnimmt und erfolgreich zu Ende führt. Der Inhalt des eigentlichen Werkes behandelt in 12 Abschnitten die Lehre des Gallensteinleidens. Neben eigenen Beobachtungen hat Verf. vielfach die Literatur und von ihr naturgemäß hauptsächlich die französische herangezogen, ohne daß jedoch die wichtigsten deutschen und englischen Werke übergangen wären. Verf. ist Internist und vertritt daher auch seinen konservativen Standpunkt sehr weit gegenüber dem Chirurgen. Die einzelnen Vorlesungen behandeln folgendes: 1. klinische Pathogenese. In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang der Erkrankung mit der Gravidität und dem Wochenbett, mit den verschiedenen Diathesen, mit anderweitigen Steinleiden und mit Infektionen besprochen. Die Verteilung der Krankheitsfälle auf Alter und Geschlecht, ihre Erblichkeit wird an Zahlen klargestellt. Im nächsten Abschnitt wird eingehend die Bedeutung der Infektion besprochen. Das 3. Kapitel handelt ausführlich von der Hypercholesterinämie, über die Verf. und seine Freunde viele Versuche angestellt haben. Es kann nachgewiesen werden, daß Leute mit Typhus oder Gravide eine übergroße Menge von Cholesterin in ihrem Blute haben. Das Cholesterin wird in der Leber umgewandelt und als Chobalsäure ausgeschieden. Viel Cholesterin muß also zu einer Verarmung des Organismus an Gallensalzen führen. Im Grunde ist die ganze Erkrankung durch eine unzureichende Funktion der Leberzelle bedingt. Das nächste Kapitel behandelt die chemische Zusammenstellung der Steine, ihre Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen, die Entstehung ihrer Form und ihre Lagerung in der Blase. Im 5. Abschnitt werden die durch die Blasenerkrankung ausgelösten Schmerzen und Beschwerden eingehend analysiert, und es wird an der Hand von Nervenbildern auf die Headschen Zonen eingegangen. Die beiden nächsten Kapitel behandeln die Symptome des Steinleidens, soweit sie durch die Veränderungen der Blase bedingt sind, und soweit sie Ähnlichkeit mit den Schmerzanfällen bei anderen Erkrankungen haben. Der Frage über den Entstehungsort der Steine ist ebenfalls ein Abschnitt gewidmet. Wenn Verf. auch der Ansicht ist, daß die meisten Konkremente in der Gallenblase entstehen, und daß die im Choledochus gefundenen Steine nur hierher geschwemmt sind und hier nur ihre definitive Gestalt erhalten haben, so erkennt er doch in einer großen Zahl von Fällen primäre

Choledochussteine an. Im 9. Kapitel wird der Steinal gang in den Darm besprochen sei es durch den Ausführungsgang, sei es durch eine Perforation von der Blase in den Darm. Auch der Gallensteinileus wird hierbei geschildert. Die letzten drei Vorlesungen sind der Therapie gewidmet. Es wird darauf hingewiesen, daß durch manche Nahrungsmittel dem Organismus zu viel Cholesterin zugeführt werde, und daß dadurch eine Cholesterinretention eintreten müsse. Kurven, die von Versuchshunden gewonnen sind, veranschaulichen diese Ausführungen sehr klar und eindringlich. Von den wichtigsten Nahrungsmitteln wird ihr Cholesteringehalt angegeben und danach der Speisezettel zusammengestellt. Hauptsächlich wird Milch gereicht, Fett wird vollständig vermieden, es werden kleine aber häufigere Mahlzeiten gereicht. Als Medikament kommen salicyl- und benzoesaures Natrium in Betracht. Auch Urotropin und gelegentlich Olivenöl wird empfohlen. Von Bädern wird vor allen Dingen Vichy, dann Karlsbad und Neuenahr empfohlen. Zur Bäderbehandlung sind nicht geeignet: die infizierten Fälle, der chronische Choledochusverschluß, häufig rezidivierende Leberkoliken, abgemagerte Patienten, Leute mit erhöhtem Blutdruck, Patienten bei denen die Nierenfuktion herabgesetzt ist oder bei denen eine Cystitis besteht. Für die Operation werden reserviert die infizierten, die chronisch ikterischen und die sehr schmerzhaften Fälle. Verf. macht auf die große Zahl der Rezidive (echte sowie falsche) aufmerksam; auch hält er die Neubildung einer Gallenblase aus dem Cysticusstumpf oder aus einer Erweiterung des Choledochus für ziemlich häufig. Er sieht hierin die Ursache zu Rezidiven. Das ganze Buch ist sehr interessant geschrieben. Jedes Kapitel behandelt einen Abschnitt des Gallensteinleidens klar und erschöpfend, ohne sich dabei in Kleinigkeiten und vage Hypothesen zu verlieren. Auch der erfahrene Kliniker wird in dem vorliegenden Buche manche treffende Bemerkung und manche feine Beobachtung finden. *Brüning* (Gießen).

● **Meudic, A.: Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques non suppurés du foie. (Ann. de la clin. chirurg. de Pierre Delbet.)** (Die moderne chirurgische Behandlung der nicht vereiterten Leberechinokokken.) Paris: Félix Alcan 1914. 158 S. Frcs. 5.—.

Über die Notwendigkeit der operativen Behandlung des Leberechinokokkus sind sich sämtliche Chirurgen einig. Meinungsverschiedenheiten bestehen lediglich über die Art des Vorgehens. Die einfache Punktion der Cysten mit nachfolgender Injektion von Formalin (Baccelli) ist als zu unsicher zu verwerfen. Zurzeit kommen nur drei Operationsmethoden in Betracht: 1. die Exstirpation, 2. die Marsupialisation, 3. die Naht der entleerten Cyste ohne Drainage, mit oder ohne Versenkung in die Bauchhöhle. Die Totalexstirpation läßt sich nur bei gestielten, mit der Umgebung wenig verwachsenen Cysten durchführen, wird also nur selten anwendbar sein. Die Marsupialisation, d. h. die Annäherung der entleerten Cyste an die Bauchwand mit nachfolgender Drainage wird in Deutschland noch viel geübt. Sie hat aber wesentliche Nachteile (lange Heilungsdauer, profuse Eiterung, infolge unvermeidlicher Sekundärinfektion, häufig reichliche Gallenabsonderung, Gallenfisteln, Hernienbildung) und sollte deshalb nur ausgeführt werden, wenn die Cyste von vornherein vereitert ist oder wenn die Bindegewebskapsel starke Verkalkung aufweist. Für alle anderen Fälle kommt als Methode der Wahl das Verfahren Delbets in Betracht. Nach Incision der Cyste und sorgfältiger Entfernung der Mutterblase wird der Sack sorgfältig vernäht und ohne jede Drainage in die Bauchhöhle versenkt. Die Heilung erfolgt in kurzer Zeit, dadurch, daß der intraabdominale Druck die Cystenwandungen zu rascher Verklebung bringt. Das Verfahren läßt sich selbst bei den größten Cysten und auch bei ungünstigem Sitz dicht unter dem Zwerchfell durchführen. In einzelnen Fällen empfiehlt es sich, vor der Vernähung der Cystenwunde die Adventitia der Höhle durch Catgutsteppnähte zusammenzuziehen (Capitonnage), besonders wenn die Wandungen der Höhle infolge einer gewissen Rigidität wenig Neigung haben, sich von selbst aneinanderzulegen; die Capitonnage verhindert dann die sonst unvermeidliche Wiederanfüllung der Höhle mit Sekret. Bei sehr tief gelegenen Cysten ist die Capitonnage allerdings nicht möglich. Delbet rät, in derartigen Fällen die Höhle nach der Vernähung mittels Aspiration von etwaiger in ihr verbliebener Luft zu befreien, um die von einigen Chirurgen beobachtete „Pneumocyste" zu vermeiden. Das Verfahren Delbets ist von Llobet u. Varsi dahin modifiziert worden, daß der vernähte Sack in die ebenfalls durch Naht geschlossene Bauchwunde oder an das Peritoneum parietale fixiert wurde. Sie gingen von der Vorstellung aus, daß sich manchmal in der ver-

nähten Höhle Wundsekret oder Galle ansammelt, und daß diese Sekrete nach freier Versenkung der Cyste nur mit großen Schwierigkeiten und unter Umständen mit Gefährdung der Bauchhöhle entleert werden könnten. Diese Befürchtungen haben sich aber, wie die Statistik ergibt, als grundlos erwiesen. In allen Fällen, in denen eine sekundäre Sekretansammlung in der vernähten Cyste eintrat, war die spätere Beseitigung leicht; meist genügten mehrmalige Punktionen, um in kurzer Zeit völlige Heilung zu erzielen; mußte wegen Eiterung die Höhle sekundär drainiert werden, so hatten sich stets gegen die freie Bauchhöhle schützende Adhäsionen gebildet. Die Fixation der genähten Cyste an die Bauchwand hat außerdem große Nachteile. Sie verhindert die Retraktion der Höhle und begünstigt dadurch direkt die Entstehung von sekundären Sekretansammlungen. Häufig wird auch die Leber in einer abnormen Lage fixiert, was zu Adhäsionsbeschwerden Veranlassung geben kann. Eine zweckmäßige Modifikation des Delbetschen Verfahrens ist die Formolage Dévés. Sie hat die Abtötung der Parasiten während der Operation zum Ziel und will dadurch eine Sekundärinfektion des Peritoneums verhüten. Dévé empfiehlt, die durch Punktion entleerte Cyste mit 1 proz. Formallösung zu füllen. Nach 5 Minuten wird die Flüssigkeit wieder abgelassen und die Operation nach den Vorschriften Delbets beendet. Die mit der Methode gemachten Erfahrungen sind sehr günstig. Das Verfahren Delbets, mit oder ohne Capitonnage, mit oder ohne Formalage, ist daher zurzeit als die beste Behandlungsmethode der nicht infizierten Leberechinokokken anzusehen; es läßt sich leicht ausführen, garantiert eine schnelle Heilung und gestattet zudem, in derselben Sitzung mehrere Cysten in Angriff zu nehmen. *Neupert* (Charlottenburg).

Pankreas:

Verdozzi, C.: La necrosi adiposa del tessuto peripancreatico e del pancreas. (Die Fettnekrose des peripankreatischen Gewebes und des Pankreas.) (*Osp. di San Giovanni e istit. di patol. gen., univ., Roma.*) Policlinico, sez. med. Jg. **21**, Nr. 5, S. 193—229. 1914.

An Hand zweier klinisch beobachteter und anatomisch untersuchter Fälle wird die Literatur der Fettgewebsnekrose kritisch besprochen. *Baldes* (Frankfurt a. M.).[M]

Milz:

Sturgis, Milton G.: Banti's disease with report of successful splenectomy. (Morbus Banti und Bericht einer erfolgreichen Splenektomie.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 22, S. 832—834. 1914.

18jähriger Knabe mit Milztumor, Hämatemesis, Blut im Urin, Hämoglobingehalt des Blutes 65—80%, 4 000 000 Erythrocyten, 8000 Leukocyten. Die exstirpierte Milz war 17 : 22 cm groß und wog 800 g. Mikroskopisch wurde an den Malpighischen Körperchen eine Vermehrung des fibrösen Gewebes, ferner eine Hypertrophie des Endothels der Gefäße gefunden. Als Ursache der Erkrankung kommt eine vorausgegangene Schußverletzung mit Infektion der Wunde in Betracht, die eine Amputation des Vorderarmes notwendig machte. *Kindl.*

Carnot, Paul, Saint-Girons et Turquéty: Les syndromes hépato-spléniques d'origine tuberculeuse. (Die Leber- und Milzerkrankungen tuberkulösen Ursprungs.) Paris méd. Jg. **4**, Nr. 27, S. 32—36. 1914.

Bei vielen Tieren, insbesondere beim Meerschweinchen, zeigt die experimentell erzeugte Tuberkulose eine exquisit elektive Lokalisation in Leber und Milz. In frischen Fällen findet man die Milz hochgradig gerötet, geschwollen und mit zahlreichen, verschieden großen Knötchen durchsetzt, deren tuberkulöse Natur sich nur mikroskopisch sicher erkennen läßt; dasselbe gilt für die Leber. In den späteren Stadien findet man Sklerose und amyloide Degeneration. Beim Menschen lassen sich 3 verschiedene Typen dieser Lokalisation der Tuberkulose unterscheiden: 1. die großen Tuberkulome, welche mit enormer Volumzunahme der Organe einhergehen; die Milz erreicht ein Gewicht von 3—4, die Leber von 2—3 kg. Das Parenchym zeigt anfangs Entzündung und Hämorrhagien, später Sklerose und Verkäsung; häufig ist die Beteiligung der retroperitonealen Lymphdrüsen und gleichzeitige Peritonitis tuberculosa; 2. tuberkulöse Cirrhose der Leber und Milz ohne deutlich ausgesprochene Tuberkelentwicklung; wiederholt wurde in solchen Fällen erst durch

Untersuchung der exstirpierten sehr großen Milz die tuberkulöse Natur festgestellt. 3. Die dritte Gruppe betrifft Fälle, welche dem Bantischen Symptomenkomplex zum Verwechseln ähnlich sehen. Einen solchen Fall beschreiben die Verff. ausführlich:

67jährige Frau mit Splenomegalie, Lebercirrhose, Anämie, Ikterus, Ascites und Asthma. Erst die Autopsie, bei welcher eine alte Lungentuberkulose nachgewiesen wurde, ließ den tuberkulösen Ursprung des Komplexes nachweisen.

Auf Grund dieser Beobachtung empfehlen die Verff., bei Fällen von „Banti" stets an die Möglichkeit einer Tuberkulose zu denken und durch Reaktionen, Impfung und Kultur eventuell den Nachweis der Tuberkulose zu führen.

Adler (Berlin-Pankow).

Harnorgane:

Walker, J. W. Thomson: Recent work in urinary surgery. (Neueste Ergebnisse in der Chirurgie des Harnapparates.) Practitioner Bd. **92**, Nr. 6, S. 817—826. 1914.

Die Pyelographie wird in ihrer Entwicklung, der vom Verf. geübten Technik und ihrem Wert für Erkennung von Nierenerweiterungen, abdominalen Tumoren, von kongenitalen Mißbildungen, Nierengeschwülsten und Lokalisation von Schatten im Nierenbereich besprochen. Die Gefahren der Methode und Maßnahmen zur Verhütung werden erörtert. Man kann aus Größe, Form, Lagerung der Nierensteine im Bereich des Nierenschattens im Röntgenbilde sich sehr gut orientieren, wo der Stein sitzt und auf welche Weise er operativ anzugreifen ist. Pyelotomie ist unter gewissen Bedingungen, die angeführt werden, in der Mehrzahl der Fälle ausführbar. — Bei einfachen adenomatösen Prostatahypertrophien kommt neben den suprapubischen und den perinealen Methoden, die in der von Cabot, Young und Judd geübten Ausführung skizziert werden, noch ein Verfahren von Joung in Frage, das mit einem intravesical arbeitenden Instrumente aus dem Mittellappen in verschiedener Richtung Gewebsstücke gleichsam ausstanzen kann, und somit die Passage frei macht. — Bei chronischer Entzündung der Samenbläschen hat Belfield auf Grund seiner Beobachtungen über Kapazität derselben, Regulierung der Entleerung durch Schließmuskulatur und Entleerung der Flüssigkeit nach Blase oder Urethra, die Vasotomie angegeben, um auf diesem Wege Injektionen in die Samenbläschen und Durchspülung der Ausführungsgänge vornehmen zu können. Die Operation wird am Scrotum ausgeführt, das Vas an kleiner Incision freigelegt, Hüllen abgeschoben, längs indiciert. Eingespritzt wird Argyrol, Kollargol u. a. Herbst und Fuller, der die Operation bereits über 250 mal ausgeführt hat, stellen nach Art der Erkrankung und Lokalisation des Prozesses verschiedene Indikationen auf und machen Angaben über die Technik und die Erfolge. *Hoffmann* (Dresden).

Block, Frank Benton: The effect of operation on kidney excretion as indicated by the phenolsulphonephthalein test. (Die Einwirkung von Operationen auf die Nierenfunktion, nachgewiesen durch die Phenoesulphophthaleinprobe.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 17, S. 1309—1310. 1914.

Block hat an 18 Patienten die Nierenfunktion durch die Phenosulphophthaleinprobe vor und nach der Operation bestimmt. Bei vier Patienten war nach der Operation die Ausscheidung genau so gut wie vorher, in 8 Fällen war die Ausscheidung nachher geringer, doch betrug nur einmal die Verschlechterung mehr als 15%; hier sank die Ausscheidung, die vorher 90% betragen hatte, auf 25%, obwohl klinisch sonst keine Erscheinungen von Nierenstörung vorhanden waren. Bei 6 Patienten wurde eine Steigerung der Farbstoffausscheidung beobachtet. Die Dauer der Narkose schien keinen Einfluß zu haben auf die Verminderung der Ausscheidung, ebensowenig die Lagerung des Patienten. Patienten mit Spuren von Albumen und geringer Cylindrurie verhielten sich wie Nierengesunde. *Marcuse* (Berlin).

Gramenitzky, M.: Zur Methodik der Untersuchungen an der isolierten Niere. (*Pharmakol. Inst. d. Milit.-Med. Akad., Dir. Prof. Krawkoff, St. Petersburg.*) Russkij Wratsch Bd. **13**, Nr. 18, S. 645—646. 1914. (Russisch.)

Nach sorgfältiger Durchspülung der Niere in situ werden gleichfalls in situ die Arterien, Venen und der Ureter mit Glaskanülen vereinigt, die darauf aus der Fettkapsel gelöste Niere auf eine Korkplatte gebracht und befestigt. Das ganze Präparat wird darauf in ein größeres Gefäß mit erwärmter Ringer-Lockyscher Lösung placiert, so daß nur die zu- und abführenden Kanülen noch mit Gummischläuchen verbunden zu werden brauchen. Der Vorteil dieser Versuchsanordnung besteht darin, daß die Niere in isotonischer Lösung liegt und durch die warme Flüssigkeit in Körperwärme erhalten bleibt. Die Untersuchungen des Verf. sind für die experimentelle Chirurgie bedeutungsvoll. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Lüken, E. A.: Über 47 an der Leipziger Klinik von 1895—1911 beobachtete und behandelte Fälle von subcutaner Nierenruptur. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 242—261. 1914.

Einigkeit herrscht in der Literatur über Nierenrupturen wohl nur darüber, daß

bei lebensgefährlicher primärer Blutung und bei stattgehabter Infektion des Verletzungsherdes operiert werden soll. Entstehungsursache direktes Trauma mit Ausnahme eines Falles, bei dem Ruptur durch Muskelzerrung. Fast ausschließlich Männer betroffen. Diagnose meist nicht schwer. In allen Fällen Hämaturie 1 Tag bis 6 Wochen lang, bei einigen Fällen erst nach 2—5 Tagen. Intermitterende Blutung teils auf Verstopfung des Ureters durch Blutgerinnsel, teils auf Nachblutungen zu beziehen. Trendelenburg hat die Nierenrupturen, welche ohne Verletzung intraabdominneller Organe einhergingen, möglichst konservativ behandelt. Operiert wurde nur bei allerschwersten Blutungen mit stärker und bedrohlich werdender Anämie. Unter 36 so behandelten kein Todesfall. *Hoffmann* (Greiswald).

Widal, F., André Weill et Pasteur Vallery-Radot: Le pronostic au cours des néphrites chroniques par le seul dosage de l'urée dans le sang. Recherches sur la constante uréo-sécrétoire d'Ambard. (Die Prognose des Verlaufes chronischer Nephritiden durch Bestimmung der Harnstoffmenge im Blut; Untersuchungen über die Ambardsche Konstante.) Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 6, S. 681—689. 1914.

Die quantitative Harnstoffbestimmung im Blute erlaubt es, mit Genauigkeit in gewissen Fällen die Prognose der Lebensdauer bei Morbus Brightii zu stellen; Verff. halten diese Bestimmung für viel bedeutungsvoller als den Albumennachweis im Harn. Bei transitorischen (infektiösen, toxischen, mechanisch bedingten) Nephritiden ist die Vermehrung des Harnstoffes nur vorübergehend und auch größere Mengen sind nicht immer von übler Vorbedeutung. Anders bei Morbus Brightii: beträgt die Menge 1—2 g im Liter, so wird die Lebensdauer selten länger als 1 Jahr betragen, beträgt sie 2—3 g, so ist die Lebensdauer auf Monate oder Wochen zu veranschlagen, mehr als 3 g wird nur in dem letzten Stadium (bis zu 8 g!) beobachtet. Beträgt die Harnstoffmenge 0,5—1 g im Liter, so muß die Bestimmung mehrfach in Zeitabständen wiederholt werden, um für eine Prognose verwertbar zu sein: die Menge kann abnehmen, stationär bleiben oder allmählich steigen. Die Verff. versuchten nun, für diese letzteren Fälle, ein genaueres Verfahren bezüglich der Prognosenstellung zu finden. Sie verfolgten die Ambardsche Konstante und bestimmten gleichzeitig immer die Harnstoffmenge im Blut. Hierbei zeigte es sich, daß auch bei geringeren Nierenstörungen die Konstante erhöht war, und man fand, daß bei 72 Kranken, welche an den verschiedensten Formen des Morbus Brightii litten, die Konstante erhöht war, während die Harnstoffmenge im Blut 0,5 g im Liter nicht erreichte. Leichte Erhöhungen der Konstante sind also für die Prognosenstellung in den Fällen, welche 0,5—1 g Harnstoff im Blut enthalten, nicht zu verwerten. Allein die quantitative Harnstoffbestimmung im Blut nach den oben angegebenen Leitsätzen ist bis heute ein Mittel, auf welches sich der Praktiker bei der Prognosenstellung der chronischen Nephritis verlassen kann.

Janssen (Düsseldorf).

Kümmel, H.: Die chirurgische Behandlung der Nephritis. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Hamburg. med. Überseeh. Jg. 1, Nr. 3, S. 107—118 u. Nr. 4, S. 167—177. 1914.

Kümmel erörtert zunächst das Vorkommen von Nierenblutungen und die ihnen zugrunde liegenden pathologischen Nierenveränderungen, soweit sie nicht durch Tumoren, Stein oder Tuberkulose verursacht sind. Er hält jedoch auch das Vorkommen „essentieller Nierenblutung" für erwiesen, die vielleicht durch angioneurotische Einflüsse zu erklären sei. Zur Diagnosestellung ist das Ureterencystoskop unbedingt zu verwenden. Auch bezüglich der Nierenneuralgie ist er der Ansicht, daß ihr fast immer palpable Ursachen zugrunde liegen, häufig nephritische Veränderungen. Er empfiehlt zur Behandlung der Anurie sowohl bei akuter Nephritis nach Infektionskrankheiten, wie bei toxischer Nephritis aus der Indicatio vitalis die Kapselspaltung bzw. die Nephrotomie, teilweise auch aus eigenen Erfahrungen, ebenso bei der Eklampsie. Die akute abscedierende Nephritis ist mit günstigen Resultaten operativ zu behandeln. Ebenso

lassen sich die Formen der chronischen Nephritis, sowohl die, die vor allem mit Schmerzen einhergehen, als die, deren hervorstechendstes Symptom die Blutung ist, durch Dekapsulation oder besser noch durch Nephrotomie günstig beeinflussen. Auch lassen sich beim eigentlichen Morbus Brightii in den bedrohlichen Symptomen der Anurie und der Urämie häufig operativ erhebliche Besserungen, und ein Zurückgehen des Albumen und der Zylinder und auch subjektive Besserungen erzielen. *Ellermann.*

Tisserand, G.: Sur quatre cas de décapsulation rénale dans la néphrite mercurielle. (Über 4 Fälle von Nierendekapsulation bei Quecksilbernephritis.) Lyon chirurg. Bd. **11**, Nr. 6, S. 599—602. 1914.

Es handelte sich jedesmal um schwerste Nephritis durch Suicidversuch mit Quecksilber. Sämtliche Fälle starben, obwohl es dreimal gelang, durch die Dekapsulation (einseitig) die völlig erloschene Diurese wieder anzuregen. Der vierte Fall — doppelseitig operiert — wurde gar nicht beeinflußt. Trotz der Mißerfolge rät Verf. zur einseitigen Dekapsulation, da wir ein anderes Mittel nicht besitzen. *Posner* (Jüterbog).

Gordon, Ronald G.: Acute bacillus coli infection of the urinary tract in children. Five types of clinical manifestations. (Akute Koliinfektion der kindlichen Harnwege. 5 verschiedene klinische Bilder.) Brit. journ. of childr. dis. Bd. **11**, Nr. 126, S. 252—256. 1914.

Verf. betont, daß die akute Koliurie im Kindesalter nicht immer mit deutlichen Krankheitssymptomen der Harnwege vergesellschaftet sei und häufig zu Krankheitsbildern führe, die in keinem ätiologischen Zusammenhang mit dem Sitz der Infektion ständen. Er unterscheidet 5 Formen: 1. Fälle mit allgemeinen Fiebersymptomen ohne spezielle Organerkrankungen, 2. Cerebrale Form, 3. Fälle mit Lungenerscheinungen, 4. Symptomkomplexe, die auf Erkrankung der Bauchorgane hinweisen, 5. Fälle mit Krankheitssymptomen der Harnwege. In allen diesen Formen sind wohl Anzeigen für Koliurie vorhanden — eigenartiger Geruch des Urins, Braunfärbung der Wäsche — diese werden aber leicht von dem Arzte übersehen, der nicht das Krankheitsbild der Koliurie beständig vor Augen hat. Autor veranschaulicht die verschiedenen Formen durch sehr gute Krankengeschichten, die täuschend an Meningitis, Typhus, Pneumonie, Darmkoliken usw. erinnern, und führt diese Krankheiten unsächlich auf die Einwirkung der Toxine zurück. In allen Fällen tritt durch Verabreichung von Alkalien, welche die Toxine zu neutralisieren geeignet sein sollen, Heilung ein, ohne daß die Koliurie zu verschwinden braucht.

Wertheim (Coburg).

Meyr, Alfred: Beitrag zur Symptomatologie der Uretero-Pyelitis. Wien. klin. Rundschau Jg. **28**, Nr, 19, S. 271—278. 1914.

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen über Entstehung, Ätiologie und Symptomatologie der Pyelitis bei Frauen teilt Verf. die Krankengeschichte eines von Fleiner beobachteten Falles mit, bei dem das vorherrschende Symptom ungewöhnlich heftige Schmerzen waren, welche, wie Verf. annimmt, durch eine Erhöhung des intraureteralen Druckes infolge Stauung veranlaßt wurden, da pathologische Veränderungen an den Ureteren fehlten. Als Beispiel für intermittierende Schmerzen führt Verf. ferner einen ebenfalls von Fleiner beobachteten Fall von Hydronephrose an, bei dem unter Oligurie und Schmerzen jedesmal ein rechtsseitiger Nierentumor auftrat. *Rubritius* (Marienbad).

Wiener: Pyélite pseudo-membraneuse. (Pseudomembranöse Pyelitis.) (*Hôp. St. Pierre, Bruxelles.*) Clinique (Brüssel) Jg. **28**, Nr. 14, S. 209—212. 1914.

Die 18jährige Patientin hatte von Jugend auf an Beschwerden gelitten, welche auf eine Nierenerkrankung hinwiesen, und Verf. hatte bereits über die Heilung ihrer akuten Pyelitis vor 3 Jahren berichtet. Die erneute Erkrankung zeigte bei Vergrößerung der Nierenbeckenkapazität, ohne Temperatursteigerung, unter heftigen Koliken die Entleerung trüben Urins und großer Fibrinfetzen, welche in zartem Fibrinstroma Krystalle harnsaurer Salze, vereinzelte Leukocyten und zahlreiche längere, gramnegative Stäbchen enthielten. Nach erfolglosen medikamentösen Beckenspülungen heilte der Fall unter Anwendung von Colivaccine aus, doch wird die weitere Prognose zweifelhaft gestellt. — Der seltene Fall entspricht nicht ganz der Erklärung, welche andere Autoren von der Pyelitis pseudomembranacea geben, von denen diejenige Michons angeführt werde: nach ihm stellt die Erkrankung eine oberflächliche Nekrose der Mucosa dar, welche mit diffusen submukösen Blutungen und

einem Exsudat ohne Formbestandteile einhergeht; sie bedeutet eine akute, hämorrhagische Komplikation chronisch entzündlicher Veränderungen des Nierenbeckens. *Janssen* (Düsseldorf).

Rodelius, E., und O. Schumm: Über Hämatoporphyrinogenausscheidung im Harn. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 3, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 112 bis 127. 1914.

Mitteilung eines Falles von Hämatoporphyrinurie aus dem Eppendorfer Krankenhaus, dessen Ätiologie völlig ungeklärt geblieben ist. Der Urin fiel durch seine Portweinfarbe auf, bildete beim Schütteln roten Schaum und dunkelte beim Stehen stark nach. Hämatoporphyrin wurde durch Schumm spektroskopisch festgestellt. Der Organbefund war völlig normal, ebenso der Blutbefund; Wassermann negativ. Die am Tage vor der Entdeckung der Hämatoporphyrinurie an dem Kranken in Lokalanästhesie ausgeführte Bruchoperation kommt ätiologisch nicht in Betracht, vielmehr dürfte die Abnormität nach Ansicht der Verff. schon vor derselben bestanden haben. Der Verlauf war ein günstiger; das anfangs reichlich vorhandene Porphyrin im Sinne Nenkis nahm von der zweiten Woche an allmählich ab, und an seine Stelle trat Porphyrinogen, das beim Stehenlassen des Urins im Sonnenlicht unter Nachdunkeln des Urins in Porphyrin umgewandelt wurde. Auch der Porphyrinogengehalt nahm allmählich ab, war aber noch nach 7 Monaten nachzuweisen. Rodelius und Schumm betonen, daß H. in Spuren vielfach unter normalen Verhältnissen und bei verschiedenen infektiösen Krankheiten im Urin auftritt; Hämatoporphyrinurie liegt jedoch nur vor, wenn der Grad der Ausscheidung pathologisch gesteigert ist; da H. mit ähnlichen Substanzen leicht verwechselt werden kann, gilt diagnostisch nur der spektroskopische Nachweis. Schumms chemisch-physikalische Bearbeitung des Falles ist im Original nachzulesen. *Pflaumer* (Erlangen).

Marion, G.: De la néphropexie, technique, résultats et indications. (Die Nephropexie, ihre Technik, Resultate und Indikationen.). Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 6, S. 729 bis 753. 1914.

Marion glaubt, daß die Nephropexie zu Unrecht in Mißkredit gekommen ist, und daß bei richtiger Technik und Indikationsstellung sich gute Resultate mit ihr erzielen lassen. Er empfiehlt, die Niere in der üblichen Weise freizulegen, an ihrem konvexen Rand die Kapsel vom oberen Pol bis zur Grenze des mittleren und unteren Drittels zu spalten und von der Niere abzulösen. Durch senkrechte Einschnitte bildet er dann aus dem vorderen und hinteren Teil der Kapsel je 2 Lappen, die er zur Fixation der Niere benutzt. Die Niere ist prinzipiell möglichst hoch oben zu befestigen, und zu diesem Zwecke ist es nötig, die Nierennische freizumachen durch Ausräumen des subdiaphragmatischen Fettes. Der hintere obere Fascienlappen wird dann mittels einer langen Albarranschen Nadel im 11. und der vordere obere Lappen im 10. Intercostalraum befestigt, wobei er natürlich durch den Pleuraraum hindurchgehen muß. Der hintere untere Fascienlappen wird am Quadratus lumborum, der vordere am Ende der 12. Rippe befestigt. Das perirenale Fett wird am unteren Nierenpol durch Naht zu einem Polster vereinigt, das die Niere stützen soll. M. betont, daß häufig gleichzeitig die Appendix entfernt werden muß. Er hat 26 Patienten, bei denen die Operation lange genug zurückliegt, um von einem Dauerresultat sprechen zu können, nachuntersucht und nur einmal einen vollen Mißerfolg erzielt In den übrigen Fällen wurden die Schmerzen fast stets gänzlich beseitigt, oder stark vermindert, auch das Allgemeinbefinden wurde gut beeinflußt, während die Verdauungsstörungen und die nervösen Beschwerden nur manchmal gebessert wurden. Demgemäß sind die Indikationen zur Nephropexie folgende: Nephroptosen, die mit Hämaturien, Hydronephrosen oder durch die Beweglichkeit veranlaßte Pyelitis kompliziert sind, sind ohne weiteres zu operieren. Ferner rät M. diejenigen Fälle zu operieren, bei denen die Schmerzen im Vordergrunde stehen. Patienten mit dyspeptischen Symptomen und solche mit allgemeinen nervösen Erscheinungen und allgemeiner Enteroptose werden durch die Operation nur geringeren Vorteil haben. Hier ist erst Behandlung des Allgemeinzustandes einzuleiten: Liege- und Mastkur, Bandage, und erst wenn diese Therapie versagt hat, kann man einen Versuch mit der Operation machen, deren Resultat aber ungewiß ist. Nach der Nephropexie rät M. zu mindestens 3 wöchiger Liegekur und allgemeiner roborierender Behandlung. *Marcuse* (Berlin).

Morris, Robert T.: Let us settle the loose kidney question. (Zur Frage der Wanderniere.) Med. rec. Bd. **85**, Nr. 19, S. 833—834. 1914.

Rafin et Arcelin: La mobilité rénale et ses conséquences pour le diagnostic radiographique des calculs du rein. (Die Beweglichkeit der Nieren und ihre Folgen für die radiologische Diagnose der Nierensteine.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 6, S. 723 bis 728. 1914.

Die Niere ist mit der Atmung beweglich, ebenso wie mit dem Wechsel der Körperstellung. Unter pathologischen Verhältnissen verändert sich die Beweglichkeit der Nieren. Entweder kann sie durch Adhäsionen vermindert oder durch Schwund des Fettpolsters vermehrt werden usw. Es ist wichtig, das zu wissen, denn eine mit der Atmung usw. sehr bewegliche Niere wird bei einer gewöhnlichen Röntgenaufnahme keinen klaren Schatten geben. Beispiel: Trotz klinisch sicherer Steindiagnose war auf der Platte ein Schatten nicht erhältlich, bis die Autoren sowohl in In- als Exspiration eine Momentaufnahme der verdächtigen Niere ausführten, wobei der Stein klar zutage trat, das eine Mal 5 cm tiefer als das andere Mal, aber beide Male gut konturiert. Die Blendenkompression, selbst bei starkem Druck, ist nicht genügend, um eine mit der Atmung stark bewegliche Niere zu fixieren.

Ruge (Frankfurt a. O.).

McAlexander, R. O.: Large renal calculus operation, case report. (Große Nierensteinoperation. Ein Fall.) Indianapolis med. journ. Bd. **17**, Nr. 6, S. 246 bis 248. 1914.

Rumpel, Oskar: Über Nierenresektionen bei Verschmelzung und Verdoppelung der Nieren. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **3**, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 33—47. 1914.

Eine Nierenresektion ist im Vergleich zur Nephrektomie eine seltene Operationsmethode. Die Resektion der Niere kommt bei kleinen gutartigen Tumoren oder bei kongenitalen Anomalien, insbesondere bei Verschmelzung und Doppelbildung der Nieren in Frage. Rumpel berichtet über 3 derartige, interessante Fälle:

1. Bei einer 30jährigen Patientin wurde die linke Hälfte einer Hufeisenniere wegen Pyonephrosis calculosa entfernt. Heilung. — 2. Bei einem 36 Jahre alten Mann wurden bei der Cystoskopie auf jeder Seite je zwei Ureterenmündungen entdeckt. Durch Ureterenkatheterismus und Collargol-Röntgenaufnahmen wurde festgestellt, daß die untere Hälfte der linken Niere, die einen eigenen Ureter und ein abgetrenntes Nierenbecken besaß, hydronephrotisch erkrankt war. Rumpel entfernte die kranke Nierenhälfte durch Resektion. Der dritte Fall war ähnlich dem zuletzt angeführten Patienten. Wiederum war die linke untere Nierenhälfte in eine schwere Hydronephrose verwandelt, während die obere Hälfte gesund befunden wurde. Durch die Kollargolfüllung war festgestellt, daß bei der Verdoppelung der Ureteren keine Kreuzung der Harnleiter bestand. Resektion der kranken Nierenhälfte.

Oehlecker (Hamburg).

Péterfi, Tiberius: Die Muskulatur der menschlichen Harnblase. (*I. anat. Inst., Univ. Budapest.*) Anat. Hefte Bd. **50**, H. 3, S. 633—675. 1914.

Péterfi hat bei Gelegenheit des Studiums der glatten Muskulatur überhaupt, die Muskulatur der Blase als besonders geeignet für diesen Zweck gefunden. Dabei hat sich ihm herausgestellt, daß die augenblicklichen Ansichten über die Blasenmuskulatur in manchen Punkten richtigzustellen seien. Nach der zurzeit herrschenden Ansicht kann man abgesehen von der Muskulatur des Befestigungsapparates der Blase und des Sphinkter internus, in der Wand der Blase drei Schichten unterscheiden, die longitudinale äußere, Detrusor resicae genannt, die mittlere zirkuläre und die innere retikuläre. Diese strenge Unterscheidung hält Verf. nach seinen Untersuchungen nicht mehr für angängig, ebenso sind die bisherigen Ansichten über den Ursprung, der einzelnen Teile und ihre Beziehungen zueinander nicht vollkommen den vom Verf. erhobenen Befunden entsprechend. Die Befunde gründen sich auf die Präparation und makroskopische Untersuchung einer großen Zahl männlicher erwachsener Blasen, von 10 weiblichen und 6 kindlichen und auf die mikroskopische Untersuchung von frischem Obduktions-

material und der Blasen zweier Hingerichteter sowie von Serienschnitten von Embryonen verschiedenen Alters. Es lassen sich darnach in einer Ebene, die durch den unteren Rand der Symphyse, die obere Fläche der Prostata und die oberen Steißbeinwirbel gelegt ist, drei konzentrische Linien unterscheiden, von denen die Muskulatur der Blasenwand entspringt. Die innere liegt unmittelbar unterhalb der Schleimhaut rings um das Harnröhrenlumen. Die äußere wird gebildet vorne von der Symphyse, dem Schambein, dem Arcus tendineus der Beckenfascie, der vorderen Fläche der Prostata hinten von der hinteren Fläche der Prostata, den Vesiculae seminales, den Ductus deferentes und dem vorderen Abschnitte des Mastdarms. Beim Weibe statt dessen die äußere Muskelschicht der Urethra, die vordere Vaginalwand und das vesicovaginale Bindegewebe. Zwischen diesen beiden Ursprungslinien finden sich zu beiden Seiten seitliche Ursprungslinien. Jedoch lassen sich schon in diesen Ursprungslinien Verbindungen und Verflechtungen zwischen den einzelnen von diesen Stellen ausgehenden Muskelbündeln feststellen. Noch viel mehr treten im weiteren Verlaufe solche Anastomosen zwischen den bisher als einzelne Schichten angenommenen Teilen der Blasenmuskulatur auf, so daß im wesentlichen die Muskulatur der Blasenwand als ein zusammenhängender Muskel aufzufassen ist und ein einheitliches zusammenhängendes Maschenwerk bildet. Es treten dauernd Muskelzellen zu Muskelfasern, Muskelbündeln und schließlich zu Muskelsträngen neu zusammen und trennen sich auch wieder, derart auch, daß ursprünglich longitudinale in zirkuläre übergehen und umgekehrt. So bilden sich z. B. transversal von einem Detrusor abzweigende Fasern, die unter dem gegenüberliegenden Detrusor hinziehen, einen Teil der zirkulären Schicht. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Der Sphinkter vesicae internus nimmt eine besondere Stellung ein. Die überwiegende Mehrheit seiner Fasern stammt aus der Längsmuskulatur der Ureteren, sie bilden dann die Muskulatur des Trigonum und ziehen in einem schrägen Bogen nach unten und vorn um das Orificium herum und werden dabei auch von Fasern der Wandmuskulatur durchflochten. Distal dieser Durchflechtung bilden sie einen zirkulären Ring um die Harnröhre. Hinsichtlich der Funktion kommt Verf. zu dem Schluß, daß zwar auch bei der Harnentleerung die Muskulatur von Bedeutung ist, jedoch würde diese Funktion nicht ihre mächtige Entwicklung erklären. Die Muskulatur spielt vielmehr die größere Rolle bei der zunehmenden Füllung der Blase, indem durch den dauernd konzentrisch wirkenden Druck der Wandmuskulatur ein Ausstülpen der Blasenwand, vor allem an den tiefsten Punkten der Blase verhindert wird. Verf. findet diese seine Ansicht, abgesehen von spekulativen Gründen und von den an Stellen atrophischer und fehlender Muskulatur auftretenden Ausbuchtungen auch begründet durch die Anordnung der Muskelfasern in der Wand, die das Muskelnetz als ein „kontraktiles trajektorielles System" charakterisieren. Mehrere Textabbildungen und 13 Tafeln mit makroskopischen und mikroskopischen Abbildungen sind der Arbeit beigegeben und illustrieren des Verf. Ansicht.

Ellermann (Danzig).

Squier, J. Bentley: Surgery of the hourglass bladder. (Chirurgie der Sanduhrblase.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 21, S. 1026—1028. 1914.

Divertikel von der Größe der Blase; kleine Kommunikation. Das Divertikel ist mit seiner Zwischenwand flächenhaft mit Mastdarm und Sigmoideum verwachsen, weshalb Exstirpation unmöglich erscheint. Transperitoneales Vorgehen. Eröffnung der Blase. Die Scheidewand zwischen Blase und Divertikel wird nach Anlegen von Darmklemmen durch die Verbindungsöffnung durchschnitten und die Ränder mit Catgut vernäht, so daß eine einzige Höhle geschaffen wird. Nun wird der obere Teil des Divertikels excidiert. Suprapubisches Drain. 4 Abbildungen.

Jüngling (Tübingen).

Dünkeloh, W.: Zur Heilung der angeborenen Harnblasen- und Harnröhrenspalte. (*Chirurg. Klin., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 71—104. 1914.

Verf. berichtet zunächst über vier nach Thiersch operierte Fälle — Überbrückung durch seitliche Hautlappen —, die von ihm 19—45 Jahre nach der Operation, nach-

untersucht werden konnten, bzw. jetzt zum Exitus gekommen waren. Er erörtert die Nachteile des Verfahrens, das die vordere Innenfläche der neuen Blase nur durch eine Narbe zu bilden zulasse. Diesem Verfahren gegenüber sei immer das vorzuziehen, das es ermögliche, die Spalte durch Vereinigung der Schleimhauträndern zu schließen, und so dem Normalen möglichst ähnliche Verhältnisse herzustellen. Es wird über das häufige Mißlingen dieser Versuche, ohne die von Trendelenburg angegebene Verkleinerung des knöchernen Spaltes, durch beiderseitige Durchtrennung der Symphysis sacro-iliaca berichtet. Die Methode wird erneut empfohlen, da auch die verschiedenen Modifikationen der Ableitung des Urins in den Darm keine absolut befriedigenden Resultate geben. Es folgen 26 teilweise bisher noch nicht veröffentlichte Krankengeschichten nach Trendelenburg operierter Fälle, teilweise mit Angabe der Dauerresultate. Es wurden zunächst meistens beide Synchondrosen durchgemeißelt, dann durch den von Trendelenburg konstruierten Lagerungsapparat eine seitliche Kompression der Beckenhälften ausgeübt, oder aber, dies auch beim Auftreten von Decubitus, eine seitliche Lagerung gewählt und der Druck durch Auflegen von Sandsäcken ausgeübt, diese Lagerung so lange fortgesetzt, bis das Becken wieder fest geworden war. Zur Vermeidung von Verunreinigungen durch den Urin wird dieser dauernd mit einer Wasserstrahlpumpe abgesaugt. Dann wurde die Anfrischung und Naht der Spalträndern vorgenommen, möglichst die Haut vereinigt, falls dies nicht möglich nur die Schleimhaut. Die Naht wurde nach Art der Lembertschen Darmnaht angelegt, in der Mitte oder im oberen Winkel eine Lücke zur Absaugung des Urins gelassen. Mitunter war es notwendig, zur Verengerung des Knochenspaltes, wegen zu großer Spannung beiderseits noch den horizontalen und absteigenden Schambeinast zu durchtrennen. Die Behandlungsdauer war immer, häufig durch interkurrente Krankheiten, eine sehr lange. Vollständige Kontinenz ist nie erzielt worden. Trendelenburg selbst ist immer der Ansicht gewesen, daß diese auch zu erreichen sein müßte. Der Grund für die Inkontinenz liege in der schwierig zu erreichenden vollkommenen prima intentio der Blasennaht. Daß die Kontinenz zu erreichen sei, sei auch zu schließen aus den Erfolgen der operativen Behandlung der Fälle von Epispadie mit vorher bestehender vollkommener Inkontinenz. Er berichtet zwei solche Erfolge. Bei zwei anderen Kranken mit Epispadie und Inkontinenz ist jedoch durch die Operation keine Kontinenz erzielt worden. Es komme hierbei zur Erreichung der Kontinenz, ebenso wie bei der Blasenspalte darauf an, den vorhandenen aber zu weiten Muskelring der hinteren Harnröhre und des Blasenhalses auf das richtige Maß zurückzuführen. Es folgt noch eine Erörterung der mittelbaren und unmittelbaren Todesfälle des Trendelenburgschen Verfahrens bei der Operation der Blasenspalte. Die Gefahr der späteren Pyelonephritis und auch der Steinbildung sei gering. Bei der cystoskopischen Nachuntersuchung eines Falles ließ sich die Blase mit 100 ccm leicht füllen, sie war auch bei der Füllung kugelförmig, gröbere Veränderungen ließen sich nicht nachweisen. Die nicht vollkommene Kontinenz sei nicht so wesentlich, da durch das Trendelenburgsche Verfahren meistens gute Form des Penis erzielt werde, die das Anbringen von einer Gummiplatte mit Feder zur Kompression der hinteren Harnröhre und damit eine gewisse Kontinenz ermögliche.

Ellermann (Danzig).

Gorasch, W. A.: Die Behandlung der Blasentumoren. Verh. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg 31.III.—3. IV. 1914. (Russisch.)

Autor berichtet über 75 Fälle eigener Beobachtung: In 44 Fällen handelte es sich um gestielte Tumoren, in den übrigen um Geschwülste der Blasenwand. Die Blasentumoren sind meist bösartiger Natur. Es erkranken meistens Männer im Alter von 30—55 Jahren. Bei rechtzeitigem Eingriff gibt die Operation gute Resultate. Die Elektrokoagulation ist als Palliativum anzusehen. Radium und Röntgenstrahlen geben keinerlei Erfolg. Gutartige gestielte Papillome müssen entfernt werden, da sie zur malignen Entartung neigen.

v. Holst (Moskau).

Werelius, Axel: Traumatic detachment of the bladder from symphysis pubis with complete severance of urethra. Use of the labia minora as a substitute for necrosed anterior vaginal wall. (Traumatische Loslösung der Blase von der Symphyse mit vollständiger Abtrennung der Harnröhre. Heranziehung der kleinen Schamlippen als Ersatz für die nekrotisierte vordere Scheidenwand.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 22, S. 1722—1723. 1914.

Verf. führte die Operation bei einer 32jährigen Frau, welche die Verletzung bei einer prolongierten und schwierigen künstlichen Geburt davongetragen hatte, mit Erfolg aus.
Gebele (München).

Männliche Geschlechtsorgane:

Straßberg, Max: Zur Frage des Prostatasekretes. (*Univ.-Klin. f. Geschlechts- u. Hautkrankh. u. pathol.-anat. Univ.-Inst., Wien.*) Arch. f. Dermat. u. Syphilis, Orig. Bd. 120, H. 1, S. 90—100. 1914.

Verf. hat das normale Prostatasekret untersucht, es enthält neben vereinzelten Leukocyten sehr zahlreiche lipoide, granulierte und hyaline Körner (Nomenklatur Björlings), vereinzelt geschichtete Corpora amylacea sowie abgestoßene Epithelien. Straßberg glückte es, im Prostatasekret außer den lipoiden, hyalinen und granulierten Körnchen als vierte Art von Prostatakörnern die bisher nur im Drüsenepithel bekannten Weskischen Sekretkugeln nachzuweisen. Durch Schnittpräparate ließ sich die Abstammung der Körner von den Epithelzellen nachweisen und bestreitet Verf. die Annahme Björlings, daß die granulierten Prostatakörner von den Leukocyten stammen. Auch die von Fischl und Kreibisch behauptete Identität der Weskischen Sekretkugeln mit den granulierten Prostatakörnern bestehe nicht zu Recht. *Gebele* (München).

Wildbolz, Hans: Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jg. 44, Nr. 23, S. 705—715. 1914.

Die von den praktischen Ärzten häufig noch unterschätzte Gefahr der Prostatahypertrophie besteht in der Hauptsache in Rückstauung des Urins in Ureteren und Nierenbecken mit folgender Druckatrophie der Nieren, Urämie und Sepsis. Diese Gefahr tritt ein, wenn der Residualharn die Menge von 2 dl dauernd überschreitet, nach Tandler und Zuckerkandl auch dadurch, daß die hypertrophische Prostata Blasenboden und Ureterostium hebt und damit eine Abknickung des Ureters durch das ihn kreuzende Vas deferens verursacht. Nach letztgenannten Autoren ist bei der Prostatahypertrophie, resp. der Adenombildung in der Prostata lediglich der Mittellappen beteiligt; nach neuesten Untersuchungen (Motz, Perearnau u. a.) geht die Adenombildung überhaupt nicht von der Prostata, sondern teils von intravesical zwischen Blasenschleimhaut und Sphincter intern., teils von subvesical zwischen Harnröhrenschleimhaut und Prostata gelegenen Drüsen aus. Für die Behandlung der Prostatahypertrophie kommt außer dem meist ungenügenden regelmäßigen Katheterismus nur die sogenannte Prostatektomie (suprapubica oder perinealis) in Betracht. Nach den meisten Statistiken, auch der Autoren, die beide Methoden nebeneinander anwenden, ist die Mortalität der suprapubischen Ektomie erheblich höher als die der perinealen. Verf. spricht sich entschieden für die Bevorzugung der perinealen Methode aus; Die angeblichen Nachteile dieses Verfahrens können nach seiner Erfahrung nicht ins Gewicht fallen. Dauernde Inkontinenz stärkeren Grades hat er nach der Operation nicht gesehen, auch nur vorübergehend später operativ geheilte Rectourethralfisteln beobachtet. Die Heilungsdauer seiner perineal Prostatektomierten überstieg durchschnittlich nicht 3 Wochen. Dem Verlust der sexuellen Potenz nach dem perinealen Eingriff wird von den meist bejahrten Patienten selbst wenig Bedeutung beigelegt. Demgegenüber beobachtete Verf. als große Vorzüge der perinealen vor der suprapubischen Operation 1. die viel geringere Störung des Allgemeinbefindens nach dem Eingriff; 2. die leichte Möglichkeit, jede Blutung vor und nach der Operation zu beherrschen; 3. die ausgezeichnete Drainage der Wunde; 4. die größere Übersichtlichkeit des Operationsgebietes,

wodurch eine radikalere Operation besonders bei der nicht seltenen carcinomatösen Degeneration der hypertrophischen Prostata gewährleistet wird. Von 9 operierten Prostatacarcinomen des Verf. starben 1 im Anschluß an die Operation, vier 1—1½ Jahre post oper. an Metastasen, während vier noch völlig gesund sind, obwohl bei einem 3, bei einem anderen 4 Jahre seit der Operation verflossen sind. Bei gutartiger Hypertrophie waren Verf. Resultate in der Regel ausgezeichnet. Von seiner Technik ist zu erwähnen, daß er den Sphincter ext. urethrae sorgfältig schont, die Urethra mitten in der Pars prostat. eröffnet und den Urethralstumpf nach der Enucleation des Adenoms durch Catgutnähte mit dem Blasenwundrand vereinigt. Dauerkatheter durch die Urethra, täglich 3 malige Blasenirrigation und Spülungen der perinealen Wunde mit Wasserstoffsuperoxydlösung. Die suprapubische Methode wendet Verf. nur an bei relativ jugendlichen Patienten zwecks Erhaltung der Potenz, bei Erschwerung des perinealen Vorgehens durch Enge des Beckenausgangs, bei Komplikation der Prostatahypertrophie durch Papillome, Steine usw. der Blase. *Kempf* (Braunschweig).

Luys, Georges: Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la voie endourétrale. (Behandlung der Prostatahypertrophie auf endourethralem Wege.) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 24, S. 377—381. 1914.

An der Hand eines mit Erfolg so behandelten Falles empfiehlt Luys seine Methode der langsamen galvanokaustischen Abtragung der Prostatalappen im Cystoskop in mehreren Sitzungen. Die Anästhesie geschieht mit lokaler Stovainapplikation; durch einen starken Luftstrom wird sofort der entstehende Verbrennungsqualm weggebracht. Bei seinem Fall betrug 5 Wochen nach Beginn der Behandlung der Residualharn nur noch 20 g. *Draudt* (Darmstadt).

Grinenko, A. P.: Zur Frage der totalen Prostatektomie bei der sogenannten Prostatahypertrophie. (*Chirurg. Klin. d. Milit.-Med. Akad. Prof. Fedoroff, St. Petersburg.*) Chirurgitschesei Archiv. Weljaminowa Bd. **30**, H. 2, S. 257—271. 1914. (Russisch.)

Vgl, dieses Centralblatt Bd. 2, S. 389—390.

● **Uffreduzzi, O.: Sulla cosiddetta rigenerazione del testicolo.** (Über die sog. Regeneration des Hodens.) (*Clin. chirurg., univ., Torino.*) Torino: Unione Tipograf.-Editr. Torinese 1914. 27 S.

Verf. resezierte bei Hunden und Kaninchen das Vas. deferens und fand, daß hierdurch ebnso wie nach Unterbindungen der Gefäße des Vas deferens, der Arteria spermatica und der Venen des Plexus pampiniformis Störungen im Nebenhoden auftraten, die von einer Atrophie, resp. bei Unterbindung der Arteria spermatica oder der Venen des Plexus pampiniformis von einer Nekrose des Hodens gefolgt waren. Nach seiner Ansicht bildet die Arteria spermatica zwar Anastomosen mit den Arterien des Vas deferens, dieselben genügen aber bei Unterbindung der Arteria spermatica nicht, um den Hoden vor Nekrose zu schützen, so daß die Arteria spermatica funktionell als eine Endarterie anzusehen ist. Wurde das resezierte oder unterbundene Vas deferens durch seitliche Anastomose wieder durchgängig gemacht, so wurde die Atrophie des Hodens dadurch trotzdem nicht wieder beseitigt. Überhaupt wurde in keinem Falle von Schädigung des Hodengewebes eine Regeneration atrophischer und geschädigter Tubuli beobachtet. Unterbindungen der Venen des Samenstranges in geringer Ausdehnung riefen keine Störungen hervor, wurde aber mehr als die Hälfte unterbunden, so traten Degenerationen der Epithelien der Tubuli ein, die Spermatogenese hörte auf, und der Hoden zeigte eine ähnliche Struktur, wie sie bei lange bestehender Varicocele beobachtet wird. Hoden, die nach Entfernen der Tunica vaginalis an der Berührungsfläche zusammengenäht wurden, behielten ihre normale Struktur, ihre Vereinigung fand aber nicht durch Drüsen-, sondern durch Bindegewebe statt, eine Beeinflussung eines atrophischen Hodens wurde durch ein derartiges Zusammennähen mit einem normalen nicht erzielt. Die Fortnahme der Tunica vaginalis parietalis rief nur dann Atrophie des Hodens hervor, wenn dadurch der Hode durch exzessive Narbenbildung eingeschnürt wurde. *Herhold* (Hannover).

Rocher, H.-L.: Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. L'orchidopexie crurale. (Chirurgische Behandlung der Hodenektopie. Fixation des Testikels am Oberschenkel.) Rev. prat. des malad. des organes génito-urin. Jg. **11**, Nr. 62, S. 104—111. 1914.

Der Testikel wird durch Inguinalschnitt freigelegt, der Processus vaginalis wird frei präpariert und doppelt ligiert. Nach Luxation von Testikel und Samenstrang werden die einzelnen Gebilde des letzteren auseinanderpräpariert; auf diese Weise wird eine sehr beträchtliche Verlängerung des Samenstrangs erreicht. Nun wird mit dem linken Zeigefinger die Scrotalhaut invaginiert, die Gewebschichten werden mit dem Scalpell bis auf die Haut incidiert. Durch stumpfe Erweiterung gelingt es auf diese Weise, eine Loge für den ektopierten Hoden zu schaffen. Nun legt man durch den unteren Pol desselben eine feine Naht, sticht von außen dusch den untersten Teil des Scrotums eine Reverdinnadel, fädelt beide Fadenenden ein und zieht sie nach unten durch. Hierauf knüpft man dieselben über einem Gazebausch. Damit nun das Scrotum durch den Zug des Hodens nicht invaginiert werden kann, führt man das eine Fadenende durch eine Hautfalte seitlich am Oberschenkel und verknüpft es. Die Fixation hält man 8—12 Tage aufrecht. Die Resultate der Methode sind sehr gut, in ca. 75% ein voller Erfolg. *Ströbel* (Marktredwitz).

Federici, Nicolino: Sull' importanza prognostica dell' idrocele idiopatico e circa la tubercolosi del sacco erniario. (Über die prognostische Bedeutung der idiopathischen Hydrocele nebst Bemerkungen über die Tuberkulose des Bruchsackes.) (*Osp. civ., Alghero.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr. 66, S. 697—698. 1914.

Es kann nicht bestritten werden, daß es Fälle von reiner idiopathischer Hydrocele gibt, und es gibt auch eine primär isolierte Tuberkulose des Bruchsackes; aber meistens ist die Tuberkulose des Bruchsackes nur eine Begleiterscheinung einer anderswo, besonders am Peritoneum, lokalisierten Tuberkulose, und die idiopathische Hydrocele gleichwertig den exsudativen Prozessen an anderen serösen Häuten. *Gümbel.*

Wildbolz, H.: Über Lipome des Nebenhodens. Zeitschr. f. Urol. Bd. **8**, H. 6, S. 453—459. 1914.

In einem wegen höckriger Verdickung exstirpierten Nebenhodenkopf fanden sich makroskopisch rundliche, umschriebene, weißlich-gelbe Knoten, die mikroskopisch als eigentliche Lipome angesprochen werden mußten. Diese Fettgeschwülste, die bisher im Hoden oder Nebenhoden nicht gefunden wurden, müssen aus dem in den Hüllen des Nebenhodens gelegenen Fettgewebe entstanden sein. *Hohmeier* (Marburg).

Van Hook, Weller: Varicocele operations. (Varikoceleoperationen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 759—760. 1914.

Zur Resektion der schlaffen Scrotalwand bei Varikocelenoperationen bedient sich Verf. einer von ihm angegebenen, leicht gebogenen, durch Schrauben verstärkten Klemme die in der Medianebene des Scrotums angelegt eine beliebig starke Falte des Scrotums abklemmt. Die überschüssige Haut wird mit der Schere bis auf einen wenigstens $^1/_8$ Zoll breiten, die Branchen überragenden Saum abgetragen, darauf werden die Wundränder unter Benutzung der Nahtöffnungen der Klemme mit geraden Hagedornschen Nadeln vernäht, endlich nach Abnahme der Klemme noch einige Zwischennähte zur völligen Blutstillung hinzugefügt. — Abbildung der Klemme. *Kempf* (Braunschweig).

Greensfelder, Louis A.: Carcinoma of the penis, ruptured kidney. (Peniscarcinom, Nierenruptur.) Internat. journ. of surg. Bd. **27**, Nr. 5, S. 163—164. 1914.

Bericht über einen Fall von Peniscarcinom und einen Fall von Nierenruptur. Bei dem ersten Fall erörtert Greensfelder den Zusammenhang zwischen Circumcision und späterem Carcinom. Es kommt nach der Circumcision das Carcinom seltener vor, als bei Unbeschnittenen. Im zweiten Fall hatte das Fehlen von Blut im Harn zu einer Fehldiagnose geführt. Die Laparotomie deckte den wahren Befund auf. Bei der dann ausgeführten Nephrectomie vom Lumbalschnitt aus zeigte sich die Nierenvene quer durchrissen. Das Fehlen von Blut wird durch den vollkommenen Verschluß des Nierenbeckens durch ein Blutgerinnsel erklärt. *Ellermann* (Danzig).

Brasch, M.: Blutbefunde nach intravenösen Arthigoninjektionen. (*Städt. Krankenh., Nürnberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 24, S. 1334—1336. 1914.

Nach intravenösen Arthigoninjektionen tritt regelmäßig ein Schüttelfrost ein, und zwar gewöhnlich ca. 40 Minuten nach der Einspritzung. Das Blutbild zeigt unmittelbar nach dem Schüttelfrost eine Leukopenie, nach ca. 4 Stunden eine Leukocytose. Am folgenden Tage ist das Blutbild wieder normal. Die klinischen Erfolge mit den Arthigoneinspritzungen waren gute. *Rost* (Heidelberg).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Thoenes: Kasuistischer Beitrag zur traumatischen Ruptur des schwangeren Uterus. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 589—593. 1914.

Eine zum vierten Mal schwangere Frau hatte einige Tage vor der Krankenhausaufnahme ein erhebliches Trauma gegen den Unterleib gehabt. Ohnmacht und heftige Schmerzen, die sich steigerten, so daß sie ins Hospital mußte. Es konnte lediglich eine heftige Schmerzhaftigkeit der Gegend rechts vom Uterus festgestellt werden. Es trat Meteorismus ein, der Puls wurde schlechter, so daß am 4. Tage nach Krankenhausaufnahme operiert werden mußte: das rechte Uterushorn vorgetrieben, stark vaskularisiert, Serosa intakt. Exstirpatio uteri. In der Aussackung liegt der 23 cm lange Foetus; dieselbe zeigt eine Wanddicke von nur $1^1/_2$ bis 3 mm. — Durch die mikroskopische Untersuchung konnte folgendes Bild gewonnen werden: inkomplette Uterusruptur im 5. Schwangerschaftsmonat. Durch das Trauma war jedenfalls, unter Schonung der Serosa, eine Zerreißung der Uteruswand von außen nach innen zustande gekommen. Durch Retraktion der unbeteiligten Uterusmuskulatur wurde der Foetus in den Locus minoris resistentia gedrückt und dadurch die Muskulatur daselbst weiter gedehnt und geschädigt, bis das sub operatione gegebene Bild vorlag. Degenerative Veränderungen der Uterusmuskulatur als letzte Ursache des ganzen Prozesses konnten mikroskopisch nicht erwiesen werden. *Eugen Schultze* (Berlin).

Schmitz-Pfeiffer, H.: Rückblick über eine 25jährige Erfahrung mit der Alexander-Adams'schen Operation. 1887—1912. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 578—588. 1914.

Wenn verschiedentlich der Alexander-Adams-Operation Rezidive bis zu 40% zugeschrieben werden, so ist daran eine mangelhafte Operationsmethode schuld: es muß der ganze Leistenkanal freigelegt werden; der Processus vaginalis peritonei wird eröffnet, das Lig. rotundum am uterinen Ende gefaßt und vorgezogen, fixiert und selbst zur Naht benutzt. So operiert Kümmel seit 25 Jahren, ohne Verlangen nach einer der vielen Modifikationen des Verfahrens zu haben. In den 25 Jahren wurden 410 Fälle operiert, von 1906—1912 182. Von diesen konnten 93 nachuntersucht werden, 38 antworteten brieflich. Kümmel operiert jetzt wieder mit Inhalationsnarkose und läßt die Patienten, ohne sie zu zwingen, früh aufstehen und am 3. und 4. Tage schon einige Schritte gehen. Man soll sich — strengste Asepsis! — nicht vor frühzeitigem Katheterisieren post operationem scheuen. 4 mal Thrombosen, 2 Todesfälle an Embolie innerhalb von 25 Jahren! Bei Prolapsen ist eine Beckenplastik hinzuzufügen. Der Erfolg der Operation wird beeinträchtigt durch nachfolgende Geburten: so hatten von 7 Patientinnen mit Rezidiven 5 post operationem geboren. Die Indikationsstellung wird immer eine schwierige bleiben: auch bei sorgsamster Untersuchung werden geringgradige Entzündungsprozesse übersehen und werden durch spätere Verwachsungen Mißerfolge nicht ausbleiben. In 50% wurde Erfolg erzielt bei den Fällen, die wegen Sterilität durch Retroflexio operiert wurden. Störungen durch Geburt und Schwangerschaft kamen nicht vor. Abgesehen von den oben erörterten 7 Rezidiven kamen solche nur zu Beobachtung, wenn sich später entzündliche Prozesse im kleinen Becken, an den Adnexen etablierten. *Eugen Schultze* (Berlin).

Santi, Emilio: Über den Wert der Fixationsabscesse in der Behandlung der Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 76, H. 1, S. 192 bis 216. 1914.

Bericht über 12 weitere Fälle von schwerer und schwerster Puerperalsepsis mit 2 Todesfällen, die Santi mit mehreren Terpentinölinjektionen (je 5 ccm unter die Bauchhaut) behandelt hat. Wie der durch die Terpentinölinjektion hervorgerufene Fixationsabceß wirkt, kann S. nicht erklären, aber er sagt, „daß die günstige Wirkung des Mittels sich auch in Fällen zeigt, in denen jedes andere Heilverfahren im Stiche gelassen hat". *Reinhardt.*

Eden, Thos. Watts: A case of superior recto-vaginal fistula dealt with by the abdominal route after preliminary colostomy. (Ein Fall von hoher Rectovagina-

fistel behandelt auf abdominalem Wege nach vorheriger Colostomie.) Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. empire Bd. 25, Nr. 4, S. 175—185. 1914.

Bei einer 38jährigen Fünftgebärenden war im Anschluß an die letzte Entbindung, die ohne besondere Komplikationen mittels Zange erfolgte, eine Rectovaginalfistel in der Höhe des hinteren Scheidengewölbes entstanden. Bei einer früheren Entbindung war die Hinterwand der Cervix so weit abgerissen worden, daß sie abgetragen werden mußte. Später war wegen Prolaps und Retroversio uteri die vordere und lintere Colporrhaphie mit Verkürzung der Ligamenta rotunda gemacht worden. Verf. nimmt an, daß die Fistel nicht durch die Zange, sondern durch den Druck des Kopfes auf das Narbengewebe entstanden war, das sich an der Stelle der Cervixhinterwand gebildet hatte. Die Fistel war für zwei Fingerspitzen bequem durchgängig, am unteren Ende war die Rectumschleimhaut evertiert. Der Uterus war fixiert. Verf. entschloß sich, die Fistel auf abdominellem Wege anzugreifen, teils wegen ihrer hohen Lage, anderseits aber auch, weil er in der Abdominalchirurgie größere Erfahrung besitzt als in den perinealen Methoden. Zunächst legte er einen Anus praeternaturalis am Colon descendens an. So konnte der untere Darmabschnitt ausgeschaltet und sauber gespült werden. Die Hoffnung auf Spontanheilung der Fistel erfüllte sich jedoch nicht, nach 3 Wochen wurde daher in der Paramedianlinie laparatomiert. Ein ins Rectum eingeführtes Bougie ließ die Fistel leicht erkennen. Da die Patientin ihre Zustimmung zur Exstirpation des Uterus gegeben hatte, wurde dieser unter Erhaltung der Ovarien isoliert und im Bereich der vorderen Cervicalwand abgetragen. Die größten Schwierigkeiten machte die Isolierung des oberen Fistelrandes von den festen Adhäsionen mit der Vagina. Die Öffnung im Rectum wurde nunmehr mit durchgreifenden Nähten quer vernäht. Da eine zweite Nahtreihe nicht angelegt werden konnte, wurde aus der hinteren Vaginalwand durch zwei seitliche Incisionen ein Lappen gebildet, mit dem die Rectalnaht plastisch gedeckt wurde. Der Vaginalrest blieb offen, darüber wurde aus dem abgeschobenen Peritoneum ein vollständiges Peritonealdach gebildet. Infolge Durchschneidung einiger Nähte entstand vorübergehend eine neue Fistel, die sich aber, da der offengebliebene Vaginalrest gut drainierend wirkte, bald spontan schloß. Vier Wochen später konnte der Anus praeternaturalis geschlossen werden, nach weiteren 4 Wochen wurde die Patientin geheilt entlassen.

Im Anschluß an seinen Fall bespricht Verf. die verschiedenen Arten von Rectovaginalfisteln und ihre Behandlung und stellt folgende Grundsätze auf: 1. Für Rectovulvalfisteln genügt die direkte Naht; gegebenenfalls kann noch eine hintere Colporrhaphie angeschlossen werden. 2. Für tiefere Rectovaginalfisteln sind die perinealen Methoden am zweckmäßigsten mit vollständiger oder teilweiser Resektion des unteren Darmabschnitts. 3. Für höher gelegene Rectovaginalfisteln eignet sich am meisten der abdominale Weg. Seine Gefahr ist beim heutigen Stande der Technik nicht zu groß und kann durch vorherige Anlegung eines Anus praeter noch verringert werden, wodurch allerdings drei Operationen nötig werden. Sieben Abbildungen veranschaulichen den Gang der Operation. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Legueu, F., et Chéron: Guérison par la radiumthérapie d'un cancer uréthrovaginal inopérable. (Heilung eines inoperabelen Harnröhrenscheidenkrebs durch Radiumbehandlung.) Journ. de méd. interne Jg. 18, Nr. 18, S. 171—172. 1914.

Fabricius, Josef: Über ein primäres Carcinom der Bartholinischen Drüse. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 40, H. 1, S. 69—75. 1914.

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Payr, E.: Weitere Erfahrungen über die operative Mobilisierung ankylosierter Gelenke, mit Berücksichtigung des späteren Schicksals der Arthroplastik. (*Chirurg. Klin., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 129 (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 341—463. 1914.

Payr gibt in dieser ausführlichen Arbeit seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Gelenkmobilisation wieder. Zu seinen bereits früher veröffentlichten Fällen sind 22 neue hinzugekommen, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Die alten Fälle, deren gelungene Mobilisierung zum Teil 4 Jahre zurückliegt, sind nachuntersucht. Die Ergebnisse der Nachuntersuchungen sind kritisch verarbeitet, wobei auf Mißerfolge und Fehler besonders ausführlich eingegangen wird. — Die operative Gelenkmobilisierung läßt 3 Phasen unterscheiden: 1. die Lösung der Ankylose, 2. die Plastik der neuen Gelenkenden, 3. die Interposition. Es erscheint unbedingt not-

wendig, die gesamte Gelenkkapsel und allen Faserknorpel radikal zu entfernen. Nur dann ist die Bildung einer Nearthrose möglich: eines schleimbeutelartigen Hohlraumes, der von einer wie eine Sehnenscheide spiegelnden, neuen Kapsel umschlossen wird. Das Kapselgewebe setzt sich auch auf die angefrischten Gelenkkörper fort, an denen keine Knorpelregeneration stattfindet. Beim Gebrauche des Gelenkes runden sich die Gelenkkörper weiterhin ab. Sekundäre Luxationen oder Schlottergelenke bilden sich nicht aus. Die nach Beendigung des Stadium plasticum einmal vorhandene Beweglichkeit bleibt erhalten. Die früher atrophische Muskulatur kräftigt sich und erreicht oft die Stärke der anderen Seite, die grobe Kraft und die feine Bewegungsabstufung wird normal, so daß die Glieder zum Teil vollen Arbeitsgebrauch gestatten. „Sekundäre Erkrankungen der neu gebildeten Gelenke in Form von Ergüssen, von schmerzhaften Kapselschwellungen, von leichten entzündlichen Attacken haben sich nach Erreichung des stationären Stadiums nie gezeigt." Störungen der Tiefensensibilität oder neuropathische Arthritiden wurden nicht beobachtet. — Wichtige Aufschlüsse ergaben die Röntgenbilder: Die anfangs infolge der Begrenzung durch die Spongiosabälkchen gezackt erscheinenden Sägeflächen wurden allmählich von Corticalislamellen gedeckt. Sie zeigten sehr deutlich, in welchem Ausmaße die neuen Gelenkflächen benutzt wurden. Gelegentlich entwickelten sich, namentlich an den Schnitträndern des Periosts, Osteophyten, besonders bei relativ zeitig mobilisierten Fällen. Die Osteophyten erwiesen sich meist als stark rückbildungsfähig, andere bewiesen durch ihre Abrundung ihre voraussichtliche Dauerhaftigkeit. In der Anordnung der Spongiosamaschen trat entsprechend der neuen mechanischen Beanspruchung eine Umformung auf, die unmittelbar nach der Operation einsetzte und nach Jahren noch nicht zum Abschluß gekommen war. Intraartikulär gelegene Knochenstückchen vergrößerten sich nicht. „Bei funktionell erfolgreichen Arthoplastiken spielen sich also in den neugebildeten Gelenkenden Veränderungen ab, welche einer möglichst weitgehenden Rückkehr der vorher krankhaft veränderten Verhältnisse zur Norm entsprechen." — Für die Indikationsstellung gilt, daß „jugendliche, sonst gesunde Menschen mit völlig ausgeheilter Grundkrankheit ohne allzu schwere Atrophie der Muskeln, mit monartikulärem Sitze der Versteifung, mit dem festen Willen zu aktiver Mitarbeit und den Garantien genügend lange fortzusetzender Nachbehandlung für die Mobilisierung geeignet sind." Gewarnt wird vor der Operation bei multiplen Gelenkerkrankungen und bei chronisch verlaufenden Gelenkprozessen; große Vorsicht wird bei anscheinend ausgeheilter Tuberkulose angeraten. Der Zeitpunkt der Operation soll möglichst lange hinausgeschoben werden; interkurrente Erkrankungen, entzündliche Knochenherde, Gravidität sind Kontraindikationen. Nach einer mißglückten Mobilisierung soll man mindestens $^1/_2$ Jahr verstreichen lassen. Bei Einhaltung dieser Indikationen ergaben die Operationen der letzten 2 Jahre 82% Erfolge. Dabei wurde als Interpositionsmaterial frei transplantiertes oder gestieltes Fett oder Fascie verwendet. Kniegelenk: Die Patella soll isoliert mit einem Fettlappen unterfüttert werden. Die Quadricepssehne muß ausgiebig gelöst werden. Die Eröffnung des Knies mit Falzbildung in der Gegend der Tuberositas tibiae hat sich nicht immer bewährt, so daß gegenwärtig die Eröffnung des Kniegelenks von zwei Seitenschnitten vorgezogen wird. Größenabweichungen der Patella müssen korrigiert werden. Um seitliche Wackelbewegungen des Knies zu verhüten, wird an der Vorderseite des Femur eine tiefe Patellrinne gebildet. Um die Entstehung von Markosteophyten und die Ansammlung von Blut zu verhindern, ist es gut, beide Gelenkkörper mit je einem Fascienlappen zu decken oder einen Fettlappen zu interponieren. Eine schiefe Richtung der Gelenkkörperanfrischung erzeugt Genua vara oder valga. Um der Bildung eines störenden Knochensporns an der Hinterseite von Femur und Tibia zu begegnen, muß an diesen Stellen das Periost in weitem Ausmaße weggenommen werden. Die Nachbehandlung soll große Sorgfalt auf das ausgiebige Verschieben der Patella legen. Mit Muskelmassge

wird sehr bald begonnen, Verschieben der Haut gegen das neugebildete Gelenk fängt nach 2—3 Wochen an. Passive Übungen beginnen nach 10 Tagen. Nachoperationen sind nach $^1/_2$ Jahr bei partiellem oder vollkommenen Mißerfolg berechtigt, wenn das Röntgenbild ein knöchernes Hindernis ergibt. — Beim Hüftgelenk wird bei fibröser Ankylose stets die alte Pfanne zur Gelenkbildung benutzt, ebenso nach Möglichkeit bei knöcherner Ankylose. Andernfalls wird bei knöcherner Ankylose eine Pseudarthrose in der Nähe des Gelenkes erstrebt. — Am Ellenbogengelenk soll man sich vor einem zu idealen Nacharbeiten der normalen anatomischen Formen hüten. Die Interposition von Fett leistet hier mehr als Fascie. *Kirschner* (Königsberg i. Pr.).

Durante, W. W.: Über Mobilisation ankylotischer Gelenke durch Fascientransplantation. (*Orthopäd. Inst. d. Prof. Wreden, St. Petersburg.*) Chirurg. Arch. Weljaminowa **30**, H. 2, S. 227—245. 1914. (Russisch.)

Von den verschiedenen Methoden zur Wiederherstellung ankylotischer Gelenke ist die Interposition von frei transplantierter Fascie in das neugebildete Gelenk allen anderen Methoden vorzuziehen. Durch Anwendung des gestielten Muskellappens wird die umgebende Muskulatur geschädigt und als Endresultat erhält man wie bei der Fascie eine bindegewebige Platte. Bei Verwendung gestielter Fascienlappen ist die Operation komplizierter, die Umgebung des Gelenkes wird geschädigt, und schließlich unterscheidet sich der gestielte Lappen kaum vom frei transplantierten, da er in den meisten Fällen um 180° gedreht werden muß und dadurch in seiner Ernährung leidet. Was die Indikationen zur Mobilisierung ankylotischer Gelenke betrifft, so sollen die Fälle streng ausgewählt werden. Eine Ankylose, die den Pat. wenig behindert, soll nicht angerührt werden. Das Hauptfeld der Operation bilden die traumatischen Ankylosen; die tuberkulösen solle man nicht operieren, die akut entzündlichen nicht vor Ablauf eines Jahres. Auf die Funktionsfähigkeit der Muskulatur muß streng geachtet werden, ebenso auf die eventuellen narbigen Veränderungen der umgebenden Weichteile. Zu hohes und zu jugendliches Alter kontraindizieren den Eingriff; eine Ausnahme mache die Kieferankylose. Was die allgemeine Technik betrifft, so bevorzugt Verf. die Kocherschen Schnitte, als die am wenigsten verletzenden. Die Gelenkenden sollen nach Möglichkeit den normalen nachgebildet werden. Knochenwucherungen und Narben in der Umgebung des Gelenkes sollen sorgfältig entfernt werden. Die von Payr geforderte Entfernung der ganzen Kapsel mit dem Bandapparat ist nach Ansicht des Verf. nur bei starker narbiger Veränderung nötig. Es genügt, nur das eine Gelenkende mit Fascie zu bedecken, technisch bequemer das conveal. Der Fascienlappen wird mit einigen Catgutnähten am Periost fixiert. Die Wunde wird in einer Schicht nicht zu dicht ohne Drainage genäht. Der Facienlappen wird von der Fascia lata genommen, und zwar möglichst dünn, ohne Fett. Es ist belanglos, mit welcher Seite der Lappen aufgenäht wird. In der Nachbehandlung soll das Gelenk für ca. eine Woche fixiert und gleichzeitig extendiert werden. Hierauf Beginn mit Massage, passiven Bewegungen und möglichst bald, ungefähr am Ende der zweiten Woche, auch mit aktiver Gymnastik. Zum Schluß gibt Verf. eine ausführliche Beschreibung der Technik für das Hüft-, Knie- und Ellenbogengelenk und die Krankengeschichten von 1 Fall von Hüft-, 2 von Knie- und 4 von Ellenbogengelenkankylosen, die er mit gutem Erfolg operiert hat. *Riesenkampff.*

Chailzis, H.: Erfolge der Radiumkur bei Gelenkprozessen. (*2. med. Klin., Berlin.*) Dissertation: Berlin 1913. 24 S. (H. Blanke.)

Nur in wenigen Fällen scheint diese Kur der üblichen überlegen. *Fritz Loeb.*[M]

Albee, Fred H.: Original surgical uses of the bone-graft. A report of two hundred and fifty cases. (Knochentransplantation nach eigener Methode.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 699—718. 1914.

Bericht über 253 Fälle, die Verf. in den letzten 3 Jahren nach eigenen Methoden operiert hat. Der Bericht stellt eine Ergänzung früherer Veröffentlichungen dar, die zum Teil im Centralblatt veröffentlicht sind. — Das Wesentliche an den Methoden

ist eine Anwendung eigenen Knochens in einer Ausdehnung, wie sie bisher nicht bekannt war. Er ersetzt durch sie auch innere Metallschienen, Metallbolzen, die er für schädlich hält, usw. Das ist natürlich nur möglich dank einer ganz besonderen Entwicklung des Instrumentariums. Er hat sich einen besonders rasch laufenden Motor bauen lassen, hat sich eine in der Breite verstellbare Doppelkreissäge machen lassen, einen Ansatz, um Bolzen zu formen, große Bohrer, um Löcher für diese Bolzen zu bohren usw. Mit seinem Instrumentarium ist er imstande, dem Transplantat fast jede gewünschte Form zu geben, und die Operation rascher als früher und ohne jede Schockwirkung zu beenden. Er verwendet den Knochen in seiner ganzen Dicke einschließlich des Periosts und des anhaftenden Knochenmarks, weil sie eine bessere Blutversorgung des Transplantats ermöglichen, und weil sie imstande sind, aktive Zellen zu liefern, falls einmal das Transplantat zugrunde gehen sollte. Außerdem streut er an den wichtigsten Punkten, den Enden, kleine Knochenstückchen in die Umgebung aus als ebensoviele Herde für eine Knochenbildung. Der Zahl nach das Hauptanwendungsgebiet seiner Methoden ist Malum Pottii. Er spaltet die Wirbeldornen der erkrankten und, an der Rückenwirbelsäule der 2 oben und unten benachbarten gesunden Wirbel, an der Lendenwirbelsäule nur je 1 benachbarten gesunden Wirbels, und legt in den Spalt eine lange Spange hinein. Bei Spina bifida verstärkt er durch sich oben spitzwinklig treffende und in ähnlicher Weise eingelegte Spangen die Spaltränder. Dann hat er eine neue Methode ersonnen, um nicht konsolidierte Frakturen zur Heilung zu bringen. Er schneidet mit der Doppelsäge eine gleichdimensionierte Rinne in jedes Fragment und falzt dann gewissermaßen ein entsprechend zugeschnittenes Knochenstück in diese Rinne ein, das also mit seiner Oberkante im Niveau des Knochens liegt, und die Stellung der Fragmente auch gegen Abknickung nach den Seiten wirksam sichert. In seiner Lage gehalten wird das transplantierte Knochenstück durch starke Känguruhsehnen, die durch Bohrlöcher geführt und sinnreich geknüpft werden. Bei frischen Frakturen hat Verf. das Verfahren etwas modifiziert. Er schneidet hier aus dem einen Fragment ein kürzeres, aus dem anderen ein längeres aus, nimmt das kürzere ganz heraus und verwendet es, um Bolzen daraus zu machen. Das längere Fragment verschiebt er nun einem Riegel gleich in der Rinne, so daß es halb in dem oberen, halb in dem unteren Fragment liegt. Zur Feststellung verwendet er die aus dem kleineren Knochenstück verfertigten Bolzen. Diese an sich einfachere Methode ist bei Pseudarthrosen nicht zu verwenden, weil hier der Knochen an den beiden Enden verdichtet, eburnisiert und ungeeignet ist, Knochen zu produzieren. Deshalb muß hier anderer Knochen genommen werden, und deshalb muß auch das einzusetzende Knochenstück so lang genommen werden, daß es über die verdichtete Zone hinausreicht. Bei nicht konsolidiertem Schenkelhalsbruch hat Verf. ein aus dem Schienbein entnommenes Knochenstück zu einem starken Bolzen geformt und dies vom Trochanter major aus durch den Hals in den Kopf eingekeilt. Die sichere Feststellung des Kniegelenks nach Arthrektomie wegen Tuberkulose erreicht er ebenfalls durch Einlegen eines Knochenstabes, und zwar in die Seitenränder des Femur und der Tibia. Bei kongenitaler und paralytischer rezidivierender Hüftgelenksluxation sucht er dem Kopf Halt zu geben durch Verbreiterung des oberen Pfannenrandes. Zu diesem Zweck macht er ca. $^1/_2$ Zoll oberhalb der obersten Kante des Acetabulum mit dem Meißel eine schräg nach unten bis in die Höhe des Knorpelanfangs reichende Einkerbung in den Hüftknochen. Durch Anziehen und Falten der Kapsel wird der Spalt offen gehalten, und nun ein seiner Größe entsprechender Knochenkeil eingesetzt. Beim Klumpfuß spaltet er das Os naviculare und setzt in den durch Korrektion der Deformität entstehenden Spalt ebenfalls einen Knochenkeil ein, der der Tibia, in schweren Fällen dem Os cuboideum entnommen wird. Sind in diesen Fällen die Sehnen der Peronei erschlafft, wandelt er sie zu Ligamenten um, indem er sie durch einen Periostknochenlappen künstlich am äußeren Knöchel inseriert. Die

Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden, das eine Menge praktischer Winke für die Ausführung enthält. Der mit Periost und Knochenmark versehene Knochen hat Verf. und anderen in 100% Erfolg gegeben. *Wiemann* (Kiel).

Courtin, J.: Lésions hérédo-syphilitiques des diaphyses des os longs. (Hereditär syphilitische Erkrankungen der Diaphysen der langen Röhrenknochen. Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. 35, Nr. 23, S. 270—271. 1914.

Wenglowski, R.: Malignant tumours of bones. A new method in conservative operative treatment. (Maligne Knochengeschwülste, eine neue konservativ-operative Behandlungsmethode.) Lancet Bd. 186, Nr. 20, S. 1391—1392. 1914.

Die Resektion malignecerkrankter Extremitätenknochen und ihren Ersatz durch Transplantation lebenden oder toten Knochengewebes sucht Verf. dadurch zu umgehen, daß er den erkrankten Knochen in situ durch hochgespannten Dampf sterilisiert und damit die Tumorelemente vernichtet. Als Vorzüge seiner Methode betrachtet er die absolut normale Verbindung des abgetöteten Knochens und damit auch des in der Folge gebildeten Ersatzes mit den gesunden Teilen und die technisch größere Einfachheit und Leichtigkeit des Verfahrens.

Technik: In einem Autoklaven wird Dampf von 3—5 Atmosphären Druck erzeugt. Durch zwei Röhren, von denen die eine gerade und am Ende, die andere gekrümmt und an der konkaven Seite siebartig durchlöchert ist, strömt der Dampf auf den zu behandelnden Knochen. Vorher ist der Tumor, soweit er die Weichteile befallen hat, reseziert worden. Zum Schutze der Weichteile werden dieselben mit mehreren Gazelagen, Asbest und einer Metallplatte bedeckt. Experimentell konnte Verf. nachweisen, daß in 4—4½ Minuten alle Teile des zu behandelnden Knochens eine Temperatur von 75—80° annehmen; natürlich ändert sich die Zeitdauer der Dicke des Knochens entsprechend. Peripher nach dem gesunden Knochen hin soll sich die Einwirkung des Dampfes nicht weiter als 2 cm erstrecken. *Wertheim.*

Munger, Carl E.: Angioneurotic edema. (Angioneurotisches Ödem.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 23, S. 1029—1031. 1914.

6jähriges Mädchen wird seit ihrem zweiten Lebensjahre in Zwischenräumen von ödematösen Anschwellungen gewisser Körpergegenden — manchmal der Hände oder Füße, dann des Nackens, in anderen Fällen der Schultern usw. — befallen, die ohne sichtbare Veranlassung auftreten und innerhalb 1—2 Tagen wieder verschwinden. Zweimal trat eine enorme ödematöse Anschwellung des Pharynx und des Larynx auf, das erstemal wurde die Erstickung durch Intubation vom Verf. beseitigt, das zweitemal ging das Kind zugrunde, da ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zur Hand war.

Bei dem Leiden spielt die Heredität eine große Rolle, es ist durch eine reflektorische Reizbarkeit der vasodilatatorischen Nerven mit nachfolgendem Flüssigkeitsaustritt in lockeres Zellgewebe gekennzeichnet. Die Mittel für die Behandlung sind sämtlich unbefriedigend, bei Kehlkopfödem sollen Injektionen von Adrenalinchlorid gute Resultate haben, für eine Intubation oder Tracheotomie sollen in schweren Fällen stets die nötigen Vorbereitungen getroffen sein. Nach Ansicht des Verf. erinnert das angioneurotische Ödem sehr an die anaphylaktischen Zustände, welche nach Einspritzungen von Serum beobachtet sind (Hereditäre Anaphylaxie). *Herhold* (Hannover).

Obere Gliedmaßen:

Tumeur maligne de la région sus-claviculaire gauche; branchiome. (Maligner Tumor der linken Subclavicular-Gegend; Branchiom.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. 35, Nr. 20, S. 229—237. 1914.

Bei einem 49 jährigen Manne wurde voluminuöser Tumor hauptsächlich der linken Subclaviculargegend festgestellt, der sich seit 5½ Monaten entwickelt hatte. Der Tumor ließ sich gut ausschälen, er war gut abgekapselt, von glatter Oberfläche. Auf einem Durchschnitt bot er eine gleichmäßige Konsistenz dar. Mikroskopisch handelte es sich um eine epitheliale Geschwulst, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Basalzellencarcinom hatte. Nach Ansicht des Verf. hat sich der Tumor aber nicht von der Haut entwickelt, sondern scheint branchiogenen Ursprungs gewesen zu sein. *Konjetzny* (Kiel).

Gāza, von: Über ein solitäres Stammneurom des Plexus brachialis und über die Symptomatologie der Wurzel-, Durchflechtungs- und End-Lähmungen des

Plexus. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 105 bis 145. 1914.

Nach einem historischen Überblick über die Neuromlehre wird das Wesen der solitären Stammneurome besprochen: sie entstehen meistens im mittleren Lebensalter und erfordern einen chirurgischen Eingriff wegen schwerer Verdrängungserscheinungen, aber auch, weil sie oftmals schon früh bösartigen Charakter annehmen können. Sie sind bindegewebiger Natur und können an beliebiger Stelle entstehen. Ob dem Trauma für die Entstehung eine ätiologische Rolle zukommt ist fraglich. Für die verursachten Schmerzen ist das anfallsweise Auftreten charakteristisch, ein seltenes Symptom sind vasomotorische Störungen wie Kältegefühl und partielles Schwitzen; leicht möglich als diagnostischer Irrtum ist die Verwechselung mit Aneurysmen. Die Prognose ist eine schlechte, wenn bereits maligne Degeneration eingetreten ist, doch ist nach den Erfahrungen der letzten Jahre die Amputation von ganzen Gliedmaßen nur dann erforderlich, wenn die Geschwulst mit Sicherheit an Ort und Stelle nicht mehr radikal operiert werden kann. Zwischen den multiplen und den solitären Stammneuromen bestehen klinische und pathologisch-anatomische Unterschiede. Die ersteren sind eine Systemerkrankung, die höchst wahrscheinlich schon intrauterin beginnt, sie sind als eine Mißbildung des Ektoderms anzusehen; es können Lähmungen der verschiedensten Nervengruppen auftreten, ohne daß klinisch eine Diagnose zu stellen wäre, der Exitus kann unter ganz unklaren nervösen Erscheinungen erfolgen, während die Sektion eine diffuse Neurofibromatose der Spinalnerven aufdeckt, die durch Kompression innerhalb der Wirbellöcher und des Wirbelkanales die unbestimmten nervösen Erscheinungen verursachte. Einer der Hauptunterschiede zwischen beiden Erkrankungsformen ist der, daß die bösartig degenerierten multiplen Neurofibrome nur lokal rezidivieren oder Metastasen in der Kontinuität der Nerven machen, dagegen nicht in Lunge, Leber und Knochen. Verf. beschreibt dann eingehend einen Fall von Neurofibroma sarcomatodes nervi cervicalis VIII bis thoracalis I, das die Größe einer Walnuß darbot, in der rechten Supraclaviculargrube seinen Sitz hatte und mit gutem Dauererfolg operiert wurde auch hinsichtlich der Funktion der in Frage stehenden Muskulatur. — Die Verletzungen des Plexus brachialis nach Trauma, Geschwulstkompression oder Geschwulstwachstum in Plexusästen kann drei verschiedene Lähmungstypen aufweisen und zwar 1. die Verletzung der aus den Wirbellöchern austretenden Wurzeln vor der Verflechtung zum Plexus, 2. die Verletzung trifft den Plexus brachialis da, wo die Verflechtung der Wurzeln vor sich geht und 3. die Läsion trifft die aus dem Plexus austretenden Armnerven. *Colley* (Insterburg.)

Janz: Über die Luxationsfraktur des Humeruskopfes nnd ihre Behandlung. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen des Eppendorfer Krankenh.), S. 705—709. 1914.

Peltesohn, Siegfried: Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. (*Univ.-Poliklin. f. orthop. Chirurg., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 25, S. 1162—1164. 1914.

Peltesohn beobachtete bei 10 Kindern 11 mal Veränderungen am Schultergelenk, die durch Geburtslähmung hervorgerufen waren. Die Kranken standen im Alter von 10 Tagen bis zu $6^3/_4$ Jahren. An 6 Schultern, bei denen eine eigentliche Muskellähmung von vornherein nicht bestanden hat oder zur Zeit der Untersuchung bereits ausgeheilt war, ließ sich eine schwere Gebrauchsunfähigkeit nachweisen. Die übrigen 5 Schultern sind echte Lähmungen im neurologischen Sinne, sog. Erb-Duchennesche Geburtslähmungen. Alle 6 der ersten Kategorie und 3 der letzten wiesen entweder deutliche Zeichen oder Folgen einer Epiphysenlösung auf. Läßt die Palpation schon frühzeitig die Diagnose stellen, so finden sich im Röntgenbild als Charakteristika bei kleinsten Kindern teils eine veränderte Achsenrichtung der Humerusdiaphyse, teils eine abnorme Distanz

zwischen Diaphysenende und Claviculaende, teils eine Verlagerung des oft noch ganz kleinen Kopfkerns nach außen. Mit zunehmendem Alter bleiben die Epiphysenkerne im Größenwachstum zurück, das zeigen die regelmäßigen Umrisse. In fast allen Fällen findet man ferner eine höchst charakteristische Abflachung des unteren Randes der Cavitas glenoidalis scapulae. Im Gegensatz zu Lange, der unter 13 Fällen nur 3 mal eine Epiphysenlösung gesehen hat, und in den übrigen 10 Fällen eine Distorsion der Schulter annimmt, glaubt P. als Grund für die typische Deformität bei falschen oder „Pseudogeburtslähmungen" eine Epiphysenlösung am oberen Humerusende gefunden zu haben. Ist die echte Geburtslähmung mit einer Epiphysenlösung kombiniert, wie in drei der angeführten Fälle, dann findet sich meist auch nach dem Schwinden der Lähmung eine beträchtliche Funktionsstörung des Arms, die dadurch bedingt ist, daß das Schultergelenk in Einwärtsrotation kontrakt ist. Bei der Behandlung der nicht mit Epiphysenlösung komplizierten Fälle der jüngsten Kinder bandagiert P. den kranken Arm nach Finks Vorschlag. Liegt eine Epiphysenlösung vor, wird der Arm entsprechend der Verschiebung des Kopfteils (Röntgenbild) in einer derartigen Stellung fixiert, daß eine möglichst regelrechte Verheilung der Fraktur gewährleistet wird. Erst dann wird man zur Mobilisierung des Gelenkes schreiten können. Handelt es sich um etwas ältere Kinder, so geben lange Zeit fortgesetzte redressierende Manipulationen ein recht gutes funktionelles Resultat. Kommt man hiermit nicht zum Ziele und genügt auch die Pectoralisdurchschneidung zur Bekämpfung der Schultercontractur nicht, so wird man sich zur Osteotomie des Humerus distal vom Pectoralisansatz entschließen müssen und das distale Fragment nach außen drehen. *Creite* (Göttingen).

Vulliet, H.: Les fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant. (Die Brüche des unteren Radiusendes beim Kind.) Semaine méd. Jg. **34**, Nr. 24, S. 277—278. 1914.

Diese Brüche sind in der Literatur wenig beschrieben. Wie die Röntgenaufnahmen ergeben, handelt es sich dabei keineswegs häufig um Epiphysenlösungen, und zwar überhaupt nur bei Kindern über 12 Jahren. Man kann 3 Typen dieser Brüche unterscheiden: 1. Epiphysenlösungen ($^1/_3$ der Fälle von Kindern über 12 Jahren): Dislokation wie beim typischen Radiusbruch der Erwachsenen, sorgfältige Reposition in Narkose nötig. 2. Stauchungsbrüche (de Quervain) 2 cm über der Epiphysenlinie: häufige Form, am Röntgenbild in der Aufsicht kaum, seitlich leicht zu erkennen; bei älteren Kindern kann die Bruchlinie knapp neben der Epiphysenlinie liegen (Einkeilung der Fragmente, ganz wie bei der Fraktur der Erwachsenen). 3. Biegungsbrüche, in verschiedener Höhe, querlaufend gezähnt, mit großen Dislokationen (dorsal- und radialwärts). Entgegengesetzt wie bei 2. Ulna fast stets gebrochen; bevorzugen die 1. Kindheit. — Die Gewalteinwirkung muß bei 1. sehr heftig sein, ihr Mechanismus bei 2. und 3. erhellt schon aus dem Namen. Die sichere Diagnose bei 1. ist nur mit Hilfe einer Röntgenaufnahme möglich; bei 2. ist sie der geringen Symptome wegen (besonders bei der tiefen Form) schwierig, dagegen sehr leicht bei 3. Die Behandlung ist leicht, wenn eine Dislokation fehlt, sonst schwierig. Die Reposition muß sorgfältig in Narkose ausgeführt werden, die Fixation geschieht auf einer Schiene von Cover, bei 3., besonders bei gleichzeitigem Ulnabruch in Supination, wie bei Vorderarmbrüchen mit Hilfe zweier Schienen. Prognose günstig, selbst wenn die Heilung augenblicklich zu wünschen übrig ließe, so daß blutige Eingriffe selten nötig sind. *Streissler* (Graz).

Untere Gliedmaßen:

Kirmisson, E.: Fistule ombilicale symptomatique d'une tuberculose du pubis. (Fistula umbilicalis, ausgehend von einer Tuberkulose des Schambeines.) Presse méd. Jg. **22**, Nr. 44, S. 421—422. 1914.

Es handelt sich um einen 9jährigen Knaben mit einer reichlich sezernierenden Fistel in der Umbilicalgegend, bei dem es Verf. gelang, die Ursache der Fistel mittels Röntgenogrammes in der Tuberkulose des Schambeines zu entdecken, die zu einem kalten Abscesse führte, der sich

durch genannten Fistelgang entleerte. Die konservative Therapie führte in diesem Falle nicht zum Ziele und die Fistel schloß sich erst nach operativer Entfernung des kranken Herdes.
Béla Dollinger (Budapest).

Caubet, Henri: Les fausses coxalgies chez l'enfant. Etude anatomique et clinique. (Die falsche Coxitis im Kindesalter.) Toulouse méd. Jg. **16**, Nr. 10, S. 281 bis 299. 1914.

Verwechslungen der Coxitis mit anderen Krankheiten können in folgenden Fällen vorkommen: 1. bei der paracoxalen Ostitis. Es sind tuberkulöse Herde, die sich in der Gegend der Coxa befinden, solche Herde beobachtet man am Os ischii, es handelt sich meist um größere Herde, welche mehrere Sequester enthalten; der daraus entstehende Absceß kommt meist in der Glutäalfalte zum Vorschein. Die Ostitis des Pubis, der Crista iliaca sind schon seltener. Andere Lokalisationen sind der Trochanter und der Rand der Pfanne. Die Diagnose dieser Formen ist schwierig, charakteristisch sind die Hemmungen gewisser Bewegungen, während die anderen möglich sind, die Lage der kalten Abscesse kann ein wertvoller Wegweiser sein; die Radiographie gibt vollständigen Aufschluß. Verf. empfiehlt in diesen Fällen die Auskratzung der Herde und Entfernung der Sequester. 2. Bei subakuter Osteomyelitis, bei der Arthritis und dem tuberkulösen Rheumatismus (Poncet) können Verwechslungen vorkommen. Nicht so selten sind die Fälle von Coxa vara, sie zeigen meist eine Verdickung des Gelenkkopfes und eine Abplattung des Knochenkernes desselben. Ähnlich mit diesen Fällen ist die von Perthes beschriebene Osteochondritis deformans juvenilis, sie betrifft 5—10jährige Kinder, verursacht ein leichtes Hinken, oft ist der Trochanter höher und mehr vorspringend, meist sind die Glutaei atrophisch. Endlich hat Broca leichte Formen von Coxitis bei den Rachitischen beschrieben. 3. Diese Gruppe enthält die nicht artikulären und nicht tuberkulösen Erkrankungen: Coxitis hysterica; meist sind die Contracturen abnorm groß und wechselnd, ferner die Adenitis inguinalis, die Entzündung der peritrochanterischen Schleimbeutel und der Bursa des Psoas. Endlich kann eine chronische Appendicitis die Coxitis vortäuschen.
Monnier (Zürich).

Keppler, Wilhelm, und Fritz Erkes: Über den Wert der Tuberkulinherdreaktion für die Diagnose unklarer Hüftgelenkserkrankungen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Arch. f klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 800—830. 1914.

Bei der Anwendung von Alttuberkulin unterscheiden Verff. die Allgemein-, Stich- und Herdreaktion. Schema der Untersuchung: Genaue Feststellung des Befundes. Für die Diagnose ist ausschlaggebend die Allgemeinreaktion. Alle Fälle mit sicherer Knochentuberkulose waren ausgeschlossen, ebenso alle Kranken mit über 37,5° Temperatur in der Achselhöhle (37,8° Mundmessung): 1. Zur Diagnose wurde ein Milligramm Alttuberkulin unter die Bauchhaut eingespritzt, verlief die Reaktion negativ, so wurden 2 Milligramm versucht. Zweistündliche Messung. Eine Herdreaktion stellte sich nach 6—12 Stunden ein, dauerte 1—2 Tage und zeigte die Zeichen vermehrter Entzündung, d. h. Einschränkung der Beweglichkeit, Schmerzen spontan und bei Bewegungen, Hauterwärmung. Eine Schädigung wurde nie herbeigeführt. Unter 41 Fällen ergab sich 16 mal eine positive Herdreaktion, 13 mal verbunden mit Stich- und Allgemeinreaktion. 3 mal trat nur eine Stichreaktion auf. 15 Fälle verliefen negativ, 10 Fälle zeigten Stich- oder Allgemeinreaktion ohne erkennbare Herdbeeinflussung. Unter 19 negativen, ohne Herdreaktion verlaufenden Fällen ergaben auch spätere Untersuchungen keine Tuberkulose. Die positiven 16 Beobachtungen erwiesen sich als sichere Tuberkulosen.
Hotz (Freiburg).

Walker, W. O.: An interesting case of psoas abscess treated by injections of pneumococcal vaccine. (Interessanter Fall von Psoasabscess behandelt mit Einspritzungen von Pneumokokken Vaccine.) Indian med. gaz. Bd. **49**, Nr. 6, S. 232. 1914.

Marie et Escande: Ostéomes musculaires multiples du psoas décelés uniquement par la radiographie. (Multiple Muskelosteome des Psoas allein durch Röntgenstrahlen festgestellt.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. Jg. 17, Nr. 4, S. 263—268. 1914.

Ein Trambahnbeamter erlitt durch ein Pferd eine Verletzung in der Nierengegend. Sehr großer Bluterguß in der Lumbosakralgegend und der Oberschenkel. Pat. behielt eine Schwäche der Beine zurück. 7 Monate nach dem Unfall: links leichte Atrophie der Wade und Herabsetzung des Muskeltonus. Starke Herabsetzung des Patellarreflexes. Klagen über ständiges Ameisenlaufen in den Gliedern und Kältegefühl. Hüftgelenk frei. Beim Gehen kann Patient sein Bein nicht ordentlich dirigieren, er schleppt es nach und muß sich häufig ausruhen. Am rechten Bein ein ähnlicher Befund wie am linken. Auf den Röntgenbildern ließen sich zunächst krankhafte Veränderungen nicht feststellen. 13 Monate nach dem Unfall heftige Zunahme der nervösen-sensiblen und motorischen Beschwerden. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln ist unverändert — fast normalgeblieben. Die nunmehr angefertigte Röntgenplatte zeigte Flecken in der Höhe des III. und IV. Lendenwirbels, welche sich tiefer hinabzogen. Die Flecken entsprechen denen, welche man bei Myositis ossificans findet. Verf. weist darauf hin, daß die Myositis ossificans häufig erst sehr spät erkannt wird. Verf. ist ein Anhänger der Reichertschen Theorie. *Grune* (Pillau).

Tokarski, Josef: Über Selbstbeschädigungen. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 1, S. 125—129. 1914.

Mitteilung einiger Fälle von unblutiger Selbstbeschädigung durch lange Zeit fortgesetzte systematische Schonung eines Beins. Es kam dadurch zu einer Skoliose mit scheinbarer Verkürzung des Beins und hinkendem Gang. Man kam dahinter, weil aus einem bestimmten Bezirk sehr viel Wehrpflichtige wegen Hinkens, Verkrümmung der Wirbelsäule oder Verkürzung des Beins waffenunfähig wurden. Bei einem Rekruten kam es dadurch, daß er andauernd das Knie gebeugt hielt, zu einer auch in Narkose nicht mehr spontan zurückgehenden Contractur. 4 Jahre später wurde der Mann bei schwerer Erdarbeit mit normaler Haltung und Gang betroffen. Verf. teilt dann noch einige Fälle blutiger Selbstbeschädigung aus seiner Erfahrung mit. *Wiemann.*

Kaisin-Loslever, A.: Translation du cotyle à la suite d'un traumatisme. (Verlagerung der Hüftgelenkspfanne als Folge eines Traumas.) Journ. de radiol. Bd. 8, Nr. 1, S. 9—12. 1914.

12jähriges Mädchen fiel rücklings auf das Gesäß und verspürte einen heftigen Schmerz; sie ging ohne zu hinken aber unter Schmerzen heim. Einige Tage später Anschwellung und Entzündung hoch oben am Oberschenkel, die zu Abscedierung führte. Der Absceß brach spontan an der Innenseite der linken großen Schamlippe durch; der Arzt machte eine Gegenincision an der Außenseite derselben. Außer sehr viel Eiter entleerte sich auch ein Teil des os ischii und des aufsteigenden Schambeinastes. Dann schloß sich die Wunde. Nach Abklingen der Entzündung bemerkte man eine Verkürzung des Beins, die nicht auf Tuberkulose zurückgeführt werden konnte. Das Röntgenbild zeigt angeblich eine Dislokation der Hüftgelenkspfanne nach oben und hinten; der Schenkelkopf ist ein wenig deformiert. Nach der Auffassung des Autors handelt es sich um die Vereiterung eines großen intra- und vielleicht auch extraartikulären Blutergusses, welcher zur Nekrose der genannten Knochenteile und zur Einschmelzung der Gelenkspfanne geführt habe. Als Therapie ist die intertrochantere Osteotomie in Aussicht genommen, falls Bettruhe und Extension nicht zum Ziele führen sollten. *v. Saar* (Innsbruck).

Rischbieth, Harold: Traumatic dislocation of the hip-joint occurring in a boy 10 years old. (Traumatische Verrenkung des Hüftgelenks bei einem 10 Jahre alten Knaben.) Lancet Bd. 186, Nr. 16, S. 1111. 1914.

Typische Luxatio iliaca, die leicht zu reponieren war und bei der Jugend des Patienten auffallend ist. Eine Epiphysenlösung oder ein Schenkelhalsbruch durch Röntgenbild ausgeschlossen. *Kaerger* (Kiel).

Chaput: Ankylose en flexion des hanches et des deux genoux avec équinisme des deux pieds; myorrhexis au maillet, arthrotomie péronéo-tibiale inférieure, ténotomie et redressement forcé des pieds suivie de large déchirure de la peau. (Ankylose der Hüft- und Kniegelenke in Beugestellung mit Equinusstellung beider Füße; Muskelzerreißung mittels hölzernen Schlegels, Gelenkschnitt des unteren Wadenbein-Schienbeingelenks, Tenotomie und forciertes Redressement beider Füße mit breiter Zerreißung der Haut.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 40, Nr. 19, S. 650—652. 1914.

Verf. macht darauf aufmerksam, um wieviel die Myorrhexie vorteilhafter und ungefähr-

licher ist als die subcutane Tenotomie, mit welcher man z. B. die Adduktoren nicht vollkommen durchtrennen kann und hierbei außerdem die Gefahr einer großen Blutung besteht.
Béla Dollinger (Budapest).

Hull, Robt. L.: Treatment of fractures of the neck of femur. (Behandlung von Schenkelhalsbrüchen.) Journal of the Oklahoma State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 10, S. 415—420. 1914.

Watson, C. Gordon: Post-operative embolism of the femoral artery; two cases, one bilateral, the other unilateral; arteriotomy attempted in the latter case. (Postoperative Embolie der Arteria femoralis in 2 Fällen, einmal doppelseitig, in dem anderen einseitig; im letzteren Falle Arteriotomie versucht.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 36, S. 572—575. 1913.

Doppelseitige Embolie der Arteria femoralis, 18 Stunden nach einer Ileo-sigmoideostomie wegen inoperablen Carcinoms der Flexura hepatica mit tödlichem Ausgang, einseitige Embolie der linken Arteria femoralis, 14 Tage nach einer totalen Kehlkopfexstirpation; bei der vorgenommenen Freilegung der Arteria rutschte der Embolus beim Versuch, eine Klemme anzulegen, bis zur Poplitea und führte später zu einer Amputation in Höhe der Femurkondylen wegen Gangrän des Fußes. — Rat möglichst frühzeitiger Operation; bei Kranken mit stark verändertem Gefäßsystem und in fortgeschrittenem Alter sollte zuerst die Zerstücklung und Dislokation des Embolus durch Massage versucht werden, während bei Kranken mit gesunden Gefäßen die frühzeitig vorgenommene Arteriotomie indiziert ist. Bericht über eine Reihe erfolgreich vorgenommener Arteriotomien. *Kaerger* (Kiel).

Luxembourg, H.: Zur Behandlung der habituellen Patellarluxation. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Med. Klinik Jg. **10**, Nr. 24, S. 1013—1014. 1914.

Nach kurzer Wiedergabe der Operationsmethoden bei habitueller Patellarluxation beschreibt Verf. ein von Geh. Bardenheuer angewandtes Verfahren, welches von Trendelenburg schon einmal ausgeführt war. Das Verfahren hat den Zweck, den lateralen Condylus femoris zu heben, damit die Patella nicht über ihn hinweggleiten kann. Zu diesem Zweck wurde etwa $1^1/_2$ cm tief der Condylus lateralis in frontaler Richtung eingemeißelt und in diesen Spalt ein der Fibula entnommener Knochenperiostspahn hineingetrieben. Der Verlauf und das Endresultat waren gut. *Vorschütz* (Elberfeld).

John, J. C.: A case of gangrene of the right foot, following injury to the popliteal artery by a bullet. (Ein Fall von Gangrän des rechten Fußes nach Schußverletzung der Arteria poplitea.) St. Bartholomew's hosp. journ. Bd. **21**, Nr. 9, S. 146. 1914.

Schußfraktur des unteren Femurendes mit Durchtrennung der Art. poplitea. Vene erhalten. Unterbindung, glatte Heilung des Bruches und der Wunde. 3 Monate später beginnende Gangrän des Fußes von den Zehen bis zu den Metatarsalgelenken. Behandlung verweigert. 4 Monate später: Fuß mumifiziert, Gangrän bis fast zur Mitte des Unterschenkels anscheinend zum Stillstand gekommen. Tibia und Fibula ein großes Stück freilegend. Der Mann geht damit herum und zeigt seinen Fuß auf dem Bahnhof den Reisenden. Abbildung. *Wiemann* (Kiel.

Lapeyre, L.: Autogreffe de la diaphyse péronéale pour remplacer la diaphyse tibiale nécrosée et séquestrée par ostéomyélite. Restauration du tibia autour de la greffe. — Guérison avec résultat fonctionnel excellent. (Autoplastischer Ersatz der durch Osteomyelitis zerstörten Tibiadiaphyse durch die Fibula. Neubildung der Tibia in der Umgebung des Transplantates. Ausgezeichnetes funktionelles Resultat.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **23**, Nr. 5, S. 266—273. 1914.

Nach der Entfernung eines Totalsequesters der Tibiadiaphyse blieb jede Knochenregeneration aus. Verf. hat deshalb 4 Monate nach der Sequestrostomie die Fibula der kranken Seite oben und unten durchsägt und an die Tibiaepiphyse mit Elfenbeinstiften fixiert. 7 Monate später vollkommene Konsolidation. *Frangenheim* (Cöln).

Bond, C. J.: On the late results of three cases of transplantation of the fibula. With remarks on the process of growth and the physiological development of transplanted bone. (Über die Spätresultate dreier Fälle von Transplantation der Fibula; mit Bemerkungen über den Wachstumsprozeß und die physiologische Entwickelung des transplantierten Knochens.) Brit. journal of surg. Bd. **1**, Nr. 4, S. 610—624. 1914.

McIlhenny, Paul A.: Flat-feet, and what they lead to. (Plattfüße und ihre Folgeerscheinungen.) New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **66**, Nr. 7, S. 511—517. 1914.

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 5 S. 257—320

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

● **Treves-Keith: Chirurgische Anatomie. Nach der sechsten englischen Ausgabe übersetzt von A. Mülberger; mit einem Vorwort von E. Payr und mit 152 Textabbildungen von O. Kleinschmidt u. C. Hörhammer.** Berlin: Julius Springer 1914. VI, 478 S. M. 12.—.

Das 500 Seiten starke, vom Verlag ausgezeichnet ausgestattete Buch des berühmten englischen Autors hat in England seit 1883 21 Auflagen erlebt, deren letzte von Keith herausgegeben wurde. Die von Mülberger trefflich besorgte Übersetzung wurde weiter verbessert durch kleine Absätze und Anmerkungen des Übersetzers sowie durch die von den beiden Leipziger Chirurgen zum Ersatz der mangelhaften englischen gut ausgewählten deutschen Abbildungen. In sechs Abschnitten — Kopf und Hals, Brustkorb, obere Extremität, Bauch und Becken, untere Extremität, Wirbelsäule und Rückenmark — behandelt Treves sein Thema in meist erschöpfender, stellenweise mehr aphoristischer, stets aber ausgezeichneter, eine enorme theoretische und praktische Erfahrung beweisenden Art und bestimmt in der Vorrede sein Buch „vor allem für diejenigen Studierenden, die sich auf ihr Schlußexamen in Chirurgie vorbereiten." Die Form, in welcher der Verf. die trockene Anatomie dem Kliniker schmackhaft, ja amüsant zu machen versteht, ist außerordentlich eigenartig und reizvoll, überall wird die praktische Verwendung der wissenschaftlich feststehenden anatomisch-chirurgischen Tatsachen in den Vordergrund gestellt und das Thema durch allenthalben eingestreute casuistische Beispiele belebt und das Verständnis erleichtert. Die originelle Art der Darstellung ist gleichzeitig so klar und einfach, daß sie allerdings vor allem dem Studierenden von großem Vorteil sein wird, fast noch mehr Genuß aber wird der Praktiker von der Lektüre des Buches haben und selbst der Fachchirurg wird dasselbe nicht ohne das Gefühl aus der Hand legen, in jedem Abschnitt etwas Neuartiges, in der deutschen Literatur in dieser Art noch nicht Dargebotenes gefunden zu haben. Der Verf. setzt sich im Vorwort die Aufgabe „die Tatsachen der angewandten Anatomie mit dem Interesse zu umgeben, das sich von der Verbindung mit den Verhältnissen des täglichen Lebens ableitet und das die trockenen Knochen zum Leben erwecken soll"; außerdem hebt er hervor, „daß nicht alle anatomischen Einzelheiten denselben praktischen Wert besitzen und deshalb die Erinnerung an viele derselben ruhig dahinschwinden kann, ohne daß der Praktiker in Medizin oder Chirurgie seiner Sachkenntnis verlustig geht." Dem in diesen Sätzen dargelegten Programm ist Verf. von der ersten bis zur letzten Seite treu geblieben. Der kritische Leser wird Manches vermissen, was er gewohnt ist, in anderen Büchern an gleicher Stelle zuweilen recht ausführlich behandelt zu finden, er wird aber dafür auf so viele neue Gesichtspunkte und Nutzanwendungen stoßen, daß die Defekte reichlich ausgeglichen und aufgewogen werden. Überall der Hinweis auf das „tägliche Leben" und überall die Ideen eines geistreichen, aber im besten Sinne „praktischen Engländers"; man hat den Eindruck, daß gerade der Verf., offenbar im Besitze eines großen speziellen anatomisch-chirurgischen Wissens und einer außergewöhnlich guten allgemein medizinischen Bildung, dieses Buch schreiben mußte, in welchem eine Unsumme praktischer Kenntnisse aufgestapelt, aber in einer so eminent geschickten Weise dargeboten ist, daß man schließlich den Eindruck einer gewissen Genialität und Großzügigkeit behält. Wir wünschen dem Werke einen großen Leserkreis und betrachten es als Gewinn, daß mit der Übersetzung desselben uns eine in Deutschland wenig geläufige, aber immerhin sehr beachtenswerte Lehr- und Darstellungsmethode bekannt gemacht wird, die dem Deutschen zunächst vielleicht nicht durchaus wissenschaftlich erscheint, im letzten Ende aber doch genügend große Vorzüge besitzt, um unsere vollste Anerkennung zu verdienen. *Wolff.*

Engländer, Martin: Fieber und rectale Hyperthermie. Achselhöhlen- und Beckentemperatur. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 21, S. 1061—1064. 1914.

Die augenblickliche Anschauung der meisten Autoren geht dahin, daß man speziell nach stärkeren Muskelanstrengungen der unteren Extremitäten (Märsche, Springen usw.) die Beckentemperatur, rectal gemessen, nicht als den Ausdruck der wahren Körpertemperatur bzw. der „regulierten Wärme" ansehen kann; denn man findet auf diese Weise beträchtliche Erhöhungen der Aftertemperatur, während gleichzeitige Parallelmessungen in der Achselhöhle normale Werte ergeben. Um festzustellen, unter welchen Umständen die Achselhöhlenmessung vom klinischen Standpunkte genügt, und wann die Bestimmung der Beckentemperatur als maßgebend zu betrachten ist, hat Eng-

länder vergleichende Messungen der Achselhöhlen- und Beckentemperatur vorgenommen, und zwar bei Bettruhe in Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, von Vitium cordis, von orthotischer Albuminurie und bei der Tuberkulose. Die Messung der Beckentemperatur wurde vorgenommen durch Bestimmung der Harntemperatur nach einem eigenen Verfahren. In Fällen von akutem Gelenkrheumatismus fand E. bei dauernder Bettruhe nach Entfieberung gemäß Axillarmessung noch häufig subfebrile Werte nach Messung im Harn, und zwar sowohl am Morgen wie auch zu anderen Tageszeiten. Dieser Umstand zeigt an, daß der entzündliche Prozeß, ev. im Endokard, noch nicht abgeklungen ist; oft gibt sich das Weiterbestehen einer Endokarditis nur durch derartige geringfügige Steigerungen der Beckentemperatur kund. Bei Herzkranken zeigten sich in der Beckentemperaturkurve sehr häufig plötzlich auftretende kleinere und größere Abweichungen von der normalen Tageskurve, die durch Axillarmessung nicht aufgedeckt wurden. Diese subfebrilen Temperaturen erfordern ganz besondere Aufmerksamkeit, besonders wenn sie sich dauernd oder sehr häufig wiederholen und auf fast alle Tageszeiten an manchen Tagen sich erstrecken. Manche dieser Temperatursteigerungen mögen, auch bei strenger Bettruhe, auf rectaler Hyperthermie beruhen; meist aber werden sie durch schleichende pathologische Prozesse (beginnende Venenthrombose, peri- oder endokarditische Prozesse mit chronischem Verlauf usw.) bedingt sein. Ein Patient mit orthotischer Albuminurie wies in der Ruhe normale Axillar- und Beckentemperatur auf; dagegen machte sich schon nach der geringsten körperlichen Anstrengung (Knien, Stehen, Gehen, d. h. Tätigkeiten, die sonst mit normalen Temperaturverhältnissen einhergehen) ein Ansteigen der Beckentemperatur bemerkbar; gleichzeitig stieg die Pulszahl von ca. 60 auf mehr als 120 und die Atmung von 20 bis 24. Ob diese rectale Steh- und Kniehyperthermie beim Orthotiker lediglich als Folge einer Stauungshyperämie aufzufassen ist, dürfte sehr fraglich sein. Was die Tuberkulose angeht, so ist das Penzoldtsche Phänomen keineswegs ganz zu verwerfen; nur ist zu verlangen, daß die Parallelmessungen nach längerer Bettruhe (und zwar zu verschiedenen Tageszeiten) vorgenommen werden, wenn sie irgendeinen diagnostischen Wert, ev. für die Frühdiagnose der Tuberkulose, haben sollen. Es zeigen diese Untersuchungen E. sehr deutlich, daß die Beckentemperaturmessung die zuverlässigere ist und nicht zu sehr zugunsten der Axillarmessung vernachlässigt werden sollte. *Alfred Lindemann.*

McGrath, Bernard Francis: Vascular suture in transfusion; a simple device to facilitate the work. (Gefäßnaht bei der Transfusion. Ein einfacher Hinweis zur Erleichterung der Operation.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 17, S. 1326 bis 1327. 1914.

Der Wert der Bluttransfusion ist unbestritten. Die indirekte Methode wird — weil unphysiologisch — von den meisten verworfen. Von den direkten Methoden ist die Gefäßnaht ohne Prothese die sicherste und den normalen Verhältnissen am nächsten kommende, auch für kleinste Gefäße anwendbar. Verf. benutzt für die Gefäßnaht einen kleinen Metallring, der um die Vene des Gebers gelegt wird und von dem drei Bügel nach der Anastomosenstelle abzweigen, um bei der Carellschen Methode die Haltefäden zu sichern. Für die Haltefäden wird stärkere Seide empfohlen; für die fortlaufenden Zwischennähte feinste Seide oder Menschenhaar. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Satterlee, Henry S., and Ransom S. Hooker: The use of herudin in the transfusion of blood. (Der Gebrauch von Hirudin bei der Bluttransfusion.) (*Dep. of med. a. laborat. of surg. res., Columbia univ., New York.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 23, S. 1781—1783. 1914.

Die Autoren fanden, daß ein Zusatz von 3,5 mg Hirudin zu 100 ccm Blut ohne weitere Hilfsmittel die Gerinnung für 7—15 Minuten verhindert. Bei Verwendung parafinierter Medien wird die Gerinnung um das Doppelte verzögert. Die Verff. erwarten von diesen Tatsachen Vereinfachungen und Verbesserungen der Transfusionstechnik. *Kreuter* (Erlangen).

Taege, Karl: Eine Methode der schnellsten Darstellung absolut steriler Kochsalzlösungen für Injektionszwecke, speziell für Salvarsaninjektionen. (*Dermatol. Klin., Univ. Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 24, S. 1325 bis 1326. 1914.

Gewöhnliches Leitungswasser wird mit Chlorwasserstoffsäure versetzt und mit Natronlauge neutralisiert (nicht ohne weiteres zu verwenden ist nur solches Wasser, welches Calcium, Magnesium, Mangan oder Eisen enthält; dieses wird durch Ausfällen mit Natronlauge, Kochen und Stehenlassen gebrauchsfähig gemacht). Da sich die Umsetzung von Salzsäure und Natronlauge nach der bekannten chemischen Formel vollzieht, kann man mit Zuhilfenahme der Atomgewichtszahlen leicht ausrechnen, wieviel Salzsäure nötig ist, um eine Kochsalzlösung gewünschter Konzentration zu erhalten. Die Vorzüge dieser Herstellungsart sind: 1. Vollständige Keimfreiheit, 2. Entbehrlichkeit eines besonderen Instrumentariums, 3. unbegrenzte Haltbarkeit des Salzsäurewassers, 4. für die Salvarsantherapie die leichte Löslichkeit dieses Mittels im Salzsäurewasser. An der Freiburger Klinik wird die Salvarsanlösung auf folgende Weise hergestellt: 100 ccm einer 2 proz. Salzsäurelösung, die unmittelbar vor der Verwendung zum zweitenmal zum Sieden erhitzt und auf Körpertemperatur abgekühlt wurde, wird etwa mit 0,3 Salvarsan versetzt. Das Salvarsan ist in einer Minute gelöst. Nun folgt tropfenweise Beigabe von Natronlauge, so daß der letzte Tropfen eben noch eine dauernde Lösung der entstehenden Trübung herbeiführt. *Genewein* (München.)

Firket, Ch.: Sur la persistance de nodosités inflammatoires consécutives à des injections de paraffine camphrée. (Über das Persistieren entzündlicher Schwellungen im Gefolge von Campher-Paraffininjektionen.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. **28**, Nr. 3, S. 191—196. 1914.

Bei einem 20jährigen Manne bestanden — als er wegen Appendicitis in Behandlung kam — in der Bauchhaut zahlreiche harte, von Zeit zu Zeit schmerzende bis walnußgroße Knoten, von Einspritzungen von je 2 ccm 20 proz. Campher-Paraffins herrührend, die der Patient vor 3 Jahren im Verlaufe eines Typhus erhalten hatte. Ein excidierter und mikroskopierter Knoten zeigte das Paraffin in Tropfen, die Umgebung ließ Zeichen von chronischer Entzündung: Lymphocyten, Riesenzellen und kubische Zellen mit zahlreichen Mitosen erkennen. Noch keine Spuren bindegewebiger Einschließung. Wegen der schlechten Resorptionsverhältnisse des Paraffins und des langen Bestehens der entzündlichen Reizung ohne Tendenz zur Ausheilung nach Anwendung derselben, wird vor dem Gebrauch von Campher-Paraffin an Stelle von Campheröl gewarnt. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Bierring, Walter L.: Thrombosis and embolism. A series of unusual circulatory accidents occurring in acute infections. (Thrombose und Embolie. Eine Reihe ungewöhnlicher Zirkulationsstörungen im Verlauf akuter Infektionen.) Lancet-clin. Bd. **111**, Nr. 24, S. 695—699. 1914.

Verf. teilt folgende Krankengeschichten mit: 1. Gangränöse Appendicitis, Thrombophlebitis der Mesenterialvenen, Pfortaderthrombose, akute Endokarditis, gleichzeitige Embolie der l. Arter. foss. Sylv. und der linken Axillaris. — 2. Vereiterung der Halslymphdrüsen, operative Verletzung der A. facialis sin., Hirnembolie, rechtsseitige Hemiplegie. — 3. Basedow mit Influenza, chronische infektiöse Endokarditis, Embolie der Tibial. antic. und post., Gangrän des Unterschenkels. — 4. Angina, Thrombose der Tibialis a. u. p., Gangrän; Hirnembolie, partielle Hemiplegie. — 5. Angina, Thrombose der Femoralis, Sepsis. — 6. Angina, akute Nephritis mit Ödemen, Urämie, Thrombose der Jugular. int. und des Sinus cavernos. — 7. Pleuritis bei zentraler Pneumonie, Thrombose beider Jugularvenen. — Die Bedeutung der Angina für schwere sept. Allgemeininfektionen ergibt sich aus diesen Betrachtungen von selbst. *Kreuter* (Erlangen).

Bickel, Otto: Beitrag zur Spätrachitis. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 594—598. 1914.

Fall von ausgesprochenem Zwergwuchs mit absolut mangelhafter Entwicklung des Genitalapparates bei einem 19jährigen, bei dem sich hochgradige beiderseitige X Beine eingestellt hatten. Die Röntgenbilder zeigten am Knie und an dem Handgelenk auffällig breite Epiphysen mit den Zacken und Unregelmäßigkeiten der typischen Rachitis. Während körperlich der junge Mensch auf dem Stand eines 9jährigen stehen geblieben war, hatte sich seine Intelligenz normal entwickelt. Verf. nimmt an, daß das Weicherwerden der Knochen, das zu den Verbiegungen führte, in einem kausalen Zusammenhang mit dem Zwergwuchs steht. *Ernst Schultze* (Berlin).

Labbé, Marcel: La chirurgie chez les diabétiques. (Die Chirurgie bei Diabetikern.) Rev. de thérap. méd.-chirurg. Jg. **81**, Nr. 12, S. 402—406. 1914.

Bei Diabetikern soll man nur die absolut notwendigen Operationen ausführen. Infektionen machen eine Ausnahme, weil sie sehr leicht zu lebensgefährlichen Komplikationen führen. Wenn möglich, ist vor der Operation eine Zuckerkur einzuleiten. Besteht Acidose, was besonders bei schlecht genährten Patienten von übler Prognose ist, dann ist eine vegetarische Kost und eine genügende Menge Soda zu verabreichen. Unmittelbar vor der Operation vermeidet man das Fasten und gibt 40 g Soda. Womöglich ist Lokalanästhesie anzuwenden oder Lumbalanästhesie. Wenn eine allgemeine Narkose notwendig ist, dann ist sie mit Äthylchlorid zu machen, weil das von den Diabetikern noch am besten vertragen wird. Nach der Operation gibt man Soda weiter bis zu 100 g und läßt Gemüse, Hafer und Milch nehmen, bis die Acidose verschwindet. *v. Winiwarter* (Oberhollabrunn).

Beckman, E. H.: Complications following surgical operations. A report of the complications in a series of 6,825 surgical operations performed in the Mayo clinic in the year 1913. (Komplikationen nach 6825 chirurgischen Operationen in der Mayoschen Klinik des Jahres 1913.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 551—555. 1914.

Von den wichtigeren Komplikationen nach den Operationen der Mayoschen Klinik wurden folgende beobachtet: Unter 6825 größeren Operationen des Jahres 1913 kamen 117 Infektionen vor, also 1,7%. In den Wintermonaten häuften sich die Infektionen, was eine Bestätigung der Ansicht bedeutet, daß den Wunden die Infektionsgefahr nicht von seiten des Operateurs und der Instrumente, sondern durch die Haut des Kranken selbst droht, die sich in den Wintermonaten in weniger gutem Zustande zu befinden pflegt. Die bakteriologische Untersuchung ergab meist nur Infektion mit einem einzigen Bacterium. Lungenkomplikationen wurden 87 beobachtet, das heißt 1,2%. Es handelte sich 21 mal um postoperative „Lungenkongestionen", 18 mal um Pleuritis, 21 mal um akute Bronchitis, 12 mal um Bronchopneumonie und 15 mal um lobäre Pneumonie. Keine dieser Lungenkomplikationen führte zum Tode. Als Allgemeinnarkoticum wurde ausschließlich Äther benutzt. 14 mal kamen Thrombophlebitiden vor, 6 mal rechts, 8 mal links. Kranke mit entzündlichen Erkrankungen stellten zu den Thrombophlebitiden keinen höheren Prozentsatz als die reinen Fälle. Akute Magenerweiterung wurde 3 mal beobachtet. Diese geringe Zahl ist erzielt worden durch häufige und frühzeitige Magenspülungen. Wenn ein Kranker 24 Stunden nach der Narkose noch bricht, so wird der Magen 1—2 mal oder öfter täglich ausgespült. Eine Reihe anderer mehr zufälliger Komplikationen entbehrt des allgemeinen Interesses. *M. v. Brunn* (Bochum).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Godart, Jos.: Infection puerpérale traitée par les abcès de fixation. (Puerperale Infektion behandelt durch Fixationsabsceß.) Policlinique Jg. **23**, Nr. 11, S. 161—167. 1914.

Am 4. Tage nach normaler Entbindung Zeichen einer Allgemeininfektion; Temperatursteigerungen treten unter Remissionen wieder ein trotz Injektionen von Elektrargol, intrauterine Auswaschungen mit Jod, Curettement, intramuskuläre Injektionen von Lantol (Rhodium colloidal é'lectrique). Linkseitige Pneumonie, Pleuritis, die punktiert wird. Am 24. Tage Einspritzen von 4 cbm Terpentin in das Zellgewebe des Oberschenkels. Lokale Reaktion ohne Absceßbildung nach 12 Stunden. Nach 4 Tagen normale Temperatur. Am 37. Tage erneute Ansammlung eines pleuritischen Exsudates, das punktiert wird. Zugleich zweite Injektion von Terpentin. Abscebildung am Oberschenkel. Allmähliches Abklingen aller Erscheinungen. *Coste* (Magdeburg).

Champtaloup, Sydney T.: The prophylactic use of sensitized bacterial vaccines in puerperal sepsis. (Die prophylaktische Anwendung von sensibilisierten Bakterienvaccinen bei Puerperalsepsis.) Brit. med. journ. Nr. **2788**, S. 1221—1224. 1914.

Während das käufliche polyvalente Antistreptokokkenserum bei Streptokokkeninfektionen fast stets versagte und auch frisch bereitetes Serum unbefriedigend wirkte, erzielte Verf. sehr günstige Erfolge mit Vaccinen, die mit Serum vom Patienten sensibilisiert wurden. Er benutzt abgetötete Kulturen und bereitet sich seine Vaccine auf folgende Weise.

Die Bakterienemulsion wird im Wasserbad 10 Minuten auf 56° C erhitzt, 5 ccm davon werden dann mit 1,5—2 ccm Serum vom Patienten gemischt, und zwar so bald wie möglich

nach der Blutentnahme. Die Mischung kommt 12 Stunden bei 37° C in den Brutschrank, darauf 12 Stunden auf Eis, wird dann verdünnt und auf 2000 Millionen Organismen pro Kubikzentimeter gebracht. Diese Emulsion wird auf Eis aufbewahrt und kurz vor dem Gebrauch entsprechend dosiert. Die Sensibilisierung ist nicht vollkommen, aber genügend. Die Anfangsdosis beträgt 100 Millionen Autovaccine, nach 48 Stunden wird die Dosis verdoppelt und nach weiteren 48 Stunden abermals.

Bei mittelschweren Fällen von puerperaler Streptokokkensepticämie konnten bis zu 500 Millionen Streptokokken ohne Reaktion gegeben werden, in anderen Fällen Dosen von 2000 Millionen. Verf. wandte die Methode auch bei Infektionen mit Bacterium coli und bei fieberhafter chronischer Bronchitis mit ermutigendem Ergebnis an. Eine Reaktion erfolgte stets erst bei hohen Dosen. Bei einer Streptokokkenepidemie von fünf Fällen in einer Entbindungsanstalt, in denen Uteruskulturen eine Art von Streptococcus pyogenes ergaben, wurden alle Fälle mit bestem Erfolge auf diese Weise behandelt Namentlich in zwei Fällen, bei denen die Therapie sofort nach dem ersten Temperaturanstieg eingeleitet wurde, trat der Temperaturabfall so prompt ein, daß man sich entschloß, alle übrigen Insassinnen der Anstalt prophylaktisch zu behandeln; weitere Fälle von Sepsis traten denn auch nicht mehr auf. Auf Grund dieses Erfolges tritt Verf. dafür ein, diese Art von Prophylaxis allgemein bei Ausbruch einer Epidemie oder bei ungünstigen häuslichen Verhältnissen einzuführen. Vierzehn bisher behandelte Fälle sind in einer Tabelle dargestellt. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Buberl, Leonhard: Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrandkarbunkels. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 24, S. 1340—1341. 1914.

Entsprechend den experimentellen und vereinzelten klinischen Erfahrungen konnte Buberl in einem Falle die eklatante Heilwirkung des Salvarsans auf Milzbrand beobachten. Bei einer jungen Dame entwickelte sich am inneren Augenbrauenrande ein typischer Milzbrandkarbunkel, der in wenigen Tagen zu schwersten Allgemeinerscheinungen führte. Im Eiter Reinkultur, im Blut keine Milzbrandbacillen. Am 4. Tage, bei schwerstem Allgemeinzustand 0,6 Salvarsan intravenös; nach 2 Stunden Erbrechen und große Unruhe, dann ruhiger Schlaf, Abfall der Temperatur und Rückgang aller Erscheinungen in 3 Tagen. Karbunkel in 4 Wochen mit tiefer, kreisrunder Narbe geheilt. B. führt die rasche Wirkung des Salvarsans auf die frühzeitige Anwendung und die große Dose zurück. Die Infektion war wahrscheinlich durch Anprobieren von Hüten in einem mit einem Rauchwarengeschäft verbundenen Modeladen entstanden, *Vorderbrügge* (Danzig).

Behring, E. v., und Richard Hagemann: Über das Diphtherieschutzmittel „TA". 1. Aufgaben und Leistungen meines neuen Diphtherieschutzmittels von E. v. Behring. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 20, S. 917—919. 1914.

Da noch immer 11 000 Diphtheriefälle jährlich in Deutschland sterben und der im allgemeinen ja erfolgreichen prophylaktischen Impfung mit Heilserum zwei wesentliche Mängel anhaften, einmal das schnelle Verschwinden des an artfremdes Eiweiß gebundenen Antitoxins aus der Blutbahn und zweitens die Möglichkeit des Entstehens einer Anaphylaxie, so rechtfertigt sich damit das Bestreben, die bisherige passive Immunisierung durch eine brauchbare aktive zu ersetzen. Mit Hilfe seiner neuesten Toxin-Antitoxinmischung, die er TA nennt, ist Behring das ganz besonders schwierige Experiment gelungen, Meerschweinchen gegen das Doppelte der tödlichen Minimaldosis einer Bouillonkultur der Diphtheriebacillen zu immunisieren. Daß ein durch solche aktive Immunisierung entstandenes autogenes Antitoxin sich lange in der Blutbahn hält, kann als erwiesen gelten. Prophylaktische Impfungen mit einem vom Menschen stammenden Serum haben ergeben, daß sich auch das an arteigenes Eiweiß gebundene Antitoxin lange im Blute des Menschen hält. Die Methode der Impfung steht im einzelnen noch nicht fest. Jedenfalls soll intracutan und mehrfach gespritzt werden, bis genügende Lokalreaktionen auftreten. Das immunisatorische Inkubationsstadium beträgt nach Hahn 3 Wochen, doch konnten gelegentlich schon am 8., 11., 14., 16. Tage erhebliche Antitoxinmengen im Blute der Geimpften nachgewiesen werden. Nach endgültiger Festsetzung der Impfvorschriften soll TA für den geschäftlichen Vertrieb freigegeben werden. *Eckert* (Berlin).[M]

Tizzoni, Guido: Intorno all'efficacia delle iniezioni contemporanee di siero antitetanico nella profilassi del tetano. (Über die Wirksamkeit von gleichzeitigen Antitoxineinspritzungen bei der Prophylaxe des Tetanus.) (*Istit. di patol. gen., univ. Bologna.*) Gazz. d. osp. e de clin. Jg. **35**, Nr. 64, S. 673—676. 1914.

Für das Pferd ließ sich ermitteln, daß 200 000 A.-E. als präventive Dosis ausreichen, die in besonders schweren Fällen zu wiederholen ist. Beim Menschen fehlen noch diesbezügliche Erfahrungen und ist noch festzustellen, ob der Impfschutz durch das artfremde Serum nicht leidet, da es schneller eliminiert wird. In 4 Fällen mit Verletzungen, welche auf Tetanusinfektion verdächtig waren, prüfte Tizzoni die antitoxischen Fähigkeiten des menschlichen Serums vor und nach den prophylaktischen Antitoxineinspritzungen. Er fand übereinstimmend, daß normales menschliches Serum so viel eigenes Antitoxin hat, daß etwa 1 ccm eine Toxineinheit in vitro vernichtet. Durch eine prophylaktische Injektion (von 200 000 I.-E.) ist noch nach 10—16 Tagen eine derartige Steigerung der antitoxischen Kraft des Blutes nachzuweisen, daß 1 ccm Serum 2—5 Toxineinheiten paralysierte. Nach den Berechnungen T. genügen für den Menschen 40—100 A.-E., um die antitoxische Kraft seines Blutes um einen Grad zu steigern. Die prophylaktische Serumanwendung kann nicht warm genug empfohlen werden, da ihr der therapeutische Wert bei weitem nicht nahekommt. Bricht der Tetanus trotz des Heilserums aus, so verläuft er zweifellos viel milder. *Kreuter* (Erlangen).

Stevens, P. A.: The treatment of tetanus by subdural injections of magnesium sulphate. (Die Behandlung des Starrkrampfes mit subduralen Magnesiumsulfateinspritzungen.) Austral. med. journ. Bd. **3**, Nr. 146, S. 1539—1541. 1914.

20jähr. Mann zeigte 6 Tage nach einer Handverletzung die ersten Tetanussymptome. Carbolbehandlung nach Bacelli erwies sich als wirkungslos, daher Injektion von 4 ccm einer 25proz. $MgSO_4$-Lösung subdural, mit nachfolgender Tieflage des Oberkörpers. Tiefes Coma, Cheyne-Stokessche Atmung, die mit Sauerstoff und Pituitrin bekämpft wird. Nach dem Erwachsen deutliche Muskelerschlaffung. 3000 A. E. intravenös. Im weiteren Verlauf wurde noch 6 mal je 3—4 ccm $MgSO_4$ in den Lumbalsack (innerh. 16 Tagen) und ca. 20 000 A. E., teils intravenös, teils intramuskulär gegeben. Heilung. *Kreuter* (Erlangen).

Kirmisson, E.: Deux cas de tétanos mortel inoculé par le feutre employé dans le redressement de la scoliose par la méthode d'Abbott. (Zwei Fälle von tödlichem Tetanus bei der Skoliosenbehandlung nach Abbott, verursacht durch die Filzeinlage.) Bull. de l'acad. de méd. Jg. **78**, Nr. 22, S. 746—748. 1914.

Bei einem 18- und einem 19jährigen Mädchen kam es nach wiederholtem Wechsel der Filzeinlagen nach Abbott zu oberflächlichen Drucknekrosen der Haut und beide Male in drei Tagen zu tödlichem Starrkrampf. In dem verwendeten Filz wurden durch das Kulturverfahren und den Tierversuch Tetanusbacillen einwandfrei nachgewiesen. Andere Warenproben enthielten keine Starrkrampferreger. *Kreuter* (Erlangen).

Schönfeld, W.: Neuere Methoden der Lupusbehandlung. (Kupferverbindungen, Aurum-Kalium cyanatum, Salvarsan.) (*Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Hautkrankh., Würzburg.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. **58**, Nr. 21, S. 599—610. 1914.

Bericht über praktische Erfahrungen bei Behandlung der Hauttuberkulose mit Kupfersalzen, Goldsyan und Salvarsan. Die Kupferverbindungen wurden als Salben verwandt nach Art der Pyrogallussalbe. In der Wirkung waren die Kupferpräparate der Pyrogallussalbe ungefähr gleich, sie verursachten aber wesentlich stärkere Schmerzen. In einzelnen Fällen versagten sie. Eine andere spezifische Wirkung wie bei der Pyrogallussalbe konnte nicht nachgewiesen werden. Das Aurum-Kalium cyanatum, welches intravenös gegeben wurde, zeigte nur in einem Falle bei langdauernder und wiederholter Anwendung eine günstige Wirkung. Sonst konnten Heilungen resp. vorübergehende Besserungen nur in Verbindung mit anderweitigen örtlichen Mitteln erzielt werden. Das gleiche gilt von den Salvarsaninjektionen, die mit Tuberkulininjektionen kombiniert wurden. Die günstigen therapeutischen Resultate Herxheimers und Altmanns konnten nicht bestätigt werden. *Hagemann.*

McDuffie, M. W.: Medical versus surgical treatment of tuberculosis from observations in over 1000 cases. (Innere gegen äußere Behandlung der Tuberkulose gemäß der Beobachtung an über 1000 Fällen.) Interstate med. journal Bd. **21**, Nr. 3, S. 289—296. 1914.

Denks, H.: Zur Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Hamburg-Eppendorfer Krankenh.), S. 842—850. 1914.

Die Röntgentherapie hat sich als ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel bei der Bekämpfung der chirurgischen Tuberkulose bewährt. Gelenke sind desto dankbarer zu behandeln, je dünner die bedeckende Weichteilschicht ist. Fungi der größeren Gelenke, namentlich der Kniegelenke, wurden zu 35% geheilt, 25% gebessert, 15% nicht geheilt; die Gelenke versteifen gewöhnlich. Manchmal wurde rapide Einschmelzung beobachtet, so daß Operation nötig wurde. Von kleinen Gelenken wurden 84% geheilt, 16% günstig beeinflußt. Gerade die übelsten Fälle mit Mischinfektion (Fisteln) wurden sehr schön, während geschlossene Knochenherde nicht reagierten; diese heilten nach Exkochleation unter Bestrahlung sehr schön aus. Ebenso schön schlossen sich Fisteln nach Gelenkresektion, nach Nephrektomie. Mehrere tuberkulöse Peritonitiden, nach Laparotomie rezidiviert, wurden durch Bestrahlung geheilt. Tuberkulös infizierte Blasen wurden mit Erfolg bestrahlt. Bei tuberkulösen Lymphomen ist die Röntgentherapie jeder andern überlegen. Manche Lymphome erweichen, bei Incision entleert sich seröse Flüssigkeit mit kleinen Eiterkrümelchen; Exkochleation ist unnötig. Schädigungen wurden auch bei Kindern nicht beobachtet, abgesehen von einer Verbrennung, welche heilte. Die Haut wird öfters atrophisch und zeigt Teleangiektasien. Die Technik war zuletzt folgende:

Induktor 30 cm, Röhrenhärte 10—11 W., 3 mm Aluminiumfilter, 3 Milliampere Belastung, Fokushautabstand 20 cm; auf keine Hautstelle mehr als 5 Holzknecht-Sabouraud. Sitzungen in Pausen von 2—3 Wochen. — Sehr gut bewährte sich Kombination mit Lichtbehandlung (Quarzlampe). *Grashey* (München).

Pascal, A.: Cure hélio-marine des tuberculoses chirurgicales. (Heliotherapie an der See bei chirurgischer Tuberkulose.) Pédiatr. prat. Jg. 12, Nr. 15, S. 247—256 u. Nr. 16, S. 266—273. 1914.

Die vom Verf. beschriebene allgemeine Technik der Sonnenbehandlung deckt sich fast völlig mit der von Rollier vielfach mitgeteilten Methodik: Ganzbestrahlung, nach Dauer und Ausdehnung allmählich zunehmende Bestrahlungen nach erlangter Akklimatisation. Die Wirkung der Heliotherapie ist im großen ganzen gleich der der Seebäder, beide Behandlungsmethoden kombiniert summieren sich in ihrer Wirkung. Diese kommt einmal dem Gesamtorganismus zugute, sodann ist sie eine lokale, schmerzlindernde, sekretionsbeschränkende, Granulationen treibende und sklerosierende. Die besten Erfolge sind bei Jugendlichen zu erzielen. Aber es gibt auch Mißerfolge. Auf keinen Fall sind die bisher gebräuchlichen lokalen Behandlungsmethoden außer acht zu lassen. Speziell bei Gelenkerkrankungen kommt der absoluten Ruhigstellung größte Bedeutung zu. Verf. bedient sich deshalb in ziemlich ausgedehntem Maße des Gipses, wenn möglich in Form von Gipsschienen, sonst ausgiebig gefensterten zirkulären Verbänden. Auch kleinere chirurgische Eingriffe, insonderheit Absceßpunktionen, Jodoform- oder Menthol-Injektionen usw. werden häufig zu Hilfe genommen. Freilich hat sich Verf. sowohl für Gipsverbände wie für Injektionen usw. gewisse Indikationen zurechtgelegt, und er sieht nach dieser Richtung hin den Vorteil helio-mariner Kuren darin, daß diese festen Verbände und Eingriffe mit ihren mancherlei Nachteilen weit seltner nötig werden. Vor allem aber wenden sich diese helio-marinen Kuren nicht nur gegen den lokalen Krankheitsherd, sondern gegen die Allgemeinerkrankung, von der die chirurgische Tuberkulose ja nur eine Teilerscheinung ist. Auch der Phototherapie als Ergänzung der Heliotherapie an sonnenlosen Tagen wird große Bedeutung zugemessen. Größere chirurgische Eingriffe, Resektionen, Amputationen sind — wenigstens soweit es Jugendliche angeht — sehr zurückgedrängt worden; freilich wird es auch für solche immer noch soziale und ärztliche Indikationen geben. Denn nicht immer erweisen sich helio-marine Kuren als durchführbar. Die lange Behandlungsdauer wird gelegentlich durch operative abgekürzt, z. B. im Falle langwieriger Eiterung, großer, tiefsitzender Sequester, Tuberkulose der Rippen, des Schulterblattes usw. Ganz undurchführbar wird die Heliotherapie, wenn hartnäckige Tachykardie, Nausea, Schwindel, heftiger Kopfschmerz, selbst Agitation und Delirien sich als unüberwindbar erweisen. Weitere Kontraindikationen sind schwere Kachexie, Fieber, Leber- und Nierendegeneration; auch aktive Lungenprozesse vertragen die Nähe der See nicht gut. Auch bei chronischer Nephritis ist Vorsicht geboten, ebenso bei Fehlern der Aortenklappen mit erhöhtem Blutdruck, während kompensierte Mitralfehler die Kur gut vertragen. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Bunting, C. H.: Hodgkin's disease. (Hodgkinsche Krankheit.) (*Pathol. laborat., univ. Madison, Wisconsin.*) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **25**, Nr. 280, S. 177—180. 1914.

Verf. glaubt den Erreger der malignen Granulome in Reinkultur aus menschlichem Granulommaterial direkt gewonnen zu haben. Er glaubt seine Erfolge dem Umstande zu verdanken, daß er größere Gewebsstückchen direkt in die Nährböden implantierte und dazu Dorsetts Eimedium und Glycerin-Phosphor-Agar wählte. Der gezüchtete Organismus soll bei Affen dem malignen Granulom der Menschen ähnliche Veränderungen hervorrufen, für Meerschweinchen und Ratten nicht pathogen sein. Der in Reinkultur gewonnene Erreger soll grampositiv und nicht säurefest sein und durch starken Pleomorphismus ausgezeichnet sein, er wird als diphtheroider Bacillus charakterisiert. In der Arbeit finden wir ferner die hauptsächlichsten klinischen und anatomischen Merkmale des malignen Granuloms bzw. der Hodgkinschen Krankheit auf Grund der Beobachtung von 24 eigenen Beobachtungen beschrieben. Das Wesen der Erkrankung sieht Verf. in einer von den erwähnten diphtheroiden Bacillen ausgehenden Toxinwirkung. Die Verschiedenheit der Erkrankungsformen ist abhängig von einer mehr oder weniger starken Generalisation der Bacillen im erkrankten Organismus. *Oskar Meyer* (Stettin).

Curtillet et Pierre Lombard: Une nouvelle mycose. Importance pratique, pronostique et thérapeutique du diagnostic de la mycose. (Eine neue Mykose. Praktische, prognostische und therapeutische Bedeutung der Diagnosenstellung der Mykosis.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 22, S. 777—782. 1914.

Verf. berichtet über einen Fall von Mykosisinfektion, deren Erreger bis jetzt noch nicht bekannt war. 17jähriger Patient. 1906 gonitis tuberculosa, die mit Immobilisation des Kniegelenks ausheilt. Zwei Jahre später schmerzlose nußgroße Knoten am rechten Arm. Einige Monate darauf Knoten an rechter Tibia. Bei Punktion eine geringe Menge rötlichen Eiters. Bald darauf walnußgroßer Knoten an der linken Wade. Wassermann negativ. Jodkur, Heilung. Ein halbes Jahr später Schmerzen und Skelettverdickung in linker Hüfte, dann eigroßer Knoten in linker Wade, unabhängig vom Knochen. Tuberkulinreaktion negativ, Reaktion mit Sporotrichosisserum positiv. Operative Entfernung des Knotens in der Wade. Es findet sich mandarinengroße Höhle, die mit gelblichen, weißen, hirnähnlichen Massen angefüllt ist. Energische Jodkur, 4 g pro die; darauf rapide Besserung. Als Erreger dieser Krankheit fand sich ein Hyphomycetes, der weder ein Sporotrichon, noch eine Hemispora, noch eine Nocardia ist. *Stadler* (Cuxhaven).

Stober, A. M.: Systematic blastomycosis. A report of its pathological, bacteriological and clinical features. (Systematische Blastomykosis. Bericht über das pathologisch-anatomische, bakteriologische und klinische Bild.) Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 509—556. 1914.

Krost, R. A., A. M. Stober and M. J. Moes: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 557—567. 1914.

Churchill, T., and A. M. Stober: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 568—574. 1914.

Lewison, M., and H. Jackson: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 575—584. 1914.

Myers, H. J., and A. M. Stober: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 585—593. 1914.

Boughton, T. H., and S. N. Clark: A case of blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 594—598. 1914.

Boughton, T. H., and A. M. Stober: A case of systemic blastomycosis with recovery. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 599—606. 1914.

Jackson, H.: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 607—608. 1914.

Bechtel, R. E., and E. R. Le Count: A case of systemic blastomycosis with necropsy. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 609—613. 1914.

Riley, F. B., and E. R. Le Count: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 614—616. 1914.

Eisenstaedt, J. S., and T. H. Boughton: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 617—620. 1914.

Shaffner, Philip Frank: A case of systemic blastomycosis. Arch. of internal med. Bd. **13**, Nr. 4, S. 621—623. 1914.

Stober gibt unter Berücksichtigung der Literatur und auf Grund seiner eigenen reichen Erfahrungen ein ausführliches Bild von der Blastomykose-Allgemeininfektion. Nach eingehender Besprechung der morphologischen und kulturellen Eigenschaften des Erregers werden die pathologisch-anatomischen Veränderungen in den verschiedenen Geweben und Organen (Haut, Muskeln, Gelenke, Lunge, Darm, Knochensystem) erörtert. Bei der Darstellung des klinischen Verlaufs wird neben den verschiedenen Lokalisationen des Prozesses und den durch sie bedingten Symptomen die schwere Anämie und Kachexie hervorgehoben. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Ähnlichkeit einzelner Erscheinungen mit tuberkulösen, syphilitischen u. a. Prozessen. Der leicht zu führende Nachweis des Erregers in allen Lokalisationen läßt eine Fehldiagnose kaum zu. Die Therapie hat sich bisher fast machtlos erwiesen (90% Mortalität). In den folgenden Abhandlungen werden 11 Fälle von Blastomykose von Stober und seinen Mitarbeitern eingehend mitgeteilt. *Otten* (München).[M]

Geschwülste:

Weichselbaum, A.: Ätiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste. Wien. med. Wochenschr. Jg. **64**, Nr. 26, S. 1441—1445. 1914.

Le Fèvre de Arric, Marcel-V.: De l'évolution de la formule leucocytaire au cours d'injections métalliques colloïdales. (Die Entwicklung der leukocytären Formel im Verlauf von Injektionen von Metallkolloiden.) (*Inst. de thérap., univ., Bruxelles.*) Ann. et bull. de la soc. roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles Jg. **72**, Nr. 5, S. 130—154. 1914.

Nach minimalen Blutungen, nach Einspritzungen von physiologische Kochsalzlösung und nach Einspritzungen von Lösungen gewisser Metallkolloide treten bei Kaninchen regelmäßig Veränderungen des Blutbildes ein, charakterisiert durch eine anfängliche Verminderung und eine darauf folgende Steigerung der Leukocytenzahl. Diese Reaktion unterscheidet sich jedoch bei den Metallkolloiden in folgenden Punkten: Der Zahl nach sind die Schwankungen der Leukocyten viel ausgesprochenere. Vor allem ist aber die Beschaffenheit der Leukocyten eine andere. Während nach Einspritzung physiologischer Kochsalzlösung die polynucleären Leukocyten sich langsam vermehren, erzeugen die Metallkolloide eine rasche und starke Vermehrung. Während nach Kochsalzlösung die Lymphocyten sich wenig vermindern, um sich darauf rasch zu vermehren, erzeugen die Metallkolloide eine sehr ausgesprochene Verminderung der Lymphocyten und darauf eine nur langsame Vermehrung. Die therapeutische Anwendung der Metallkolloide rechtfertigt sich durch die Vermehrung der Mikrophagen. *M. v. Brunn* (Bochum).

Abbe: L'emploi du radium dans le traitement des affections malignes. (Die Anwendung des Radiums in der Behandlung bösartiger Wucherungen.) Arch. d'électr. méd. Jg. **22**, Nr. 384, S. 669—676. 1914.

Verf. stellt die Fälle von bösartigen Geschwülsten zusammen, die er seit 1905 mit Radium behandelt hat. Unter den 750 Fällen sind 250 Epitheliome verschiedener Körperregion, 150 Carcinome der Zunge, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, des Mastdarms, der Brust; 50 Sarkome der Haut, der Speicheldrüse und der Knochen. Dazu kommen Kröpfe, Neubildungen der Leber, des Mediastinums, verschiedene Arten von Papillomen und Naevi. In fast allen Fällen hat er ausgezeichnete Erfolge erzielt, viele sind über sieben Jahre rezidivfrei, also als geheilt zu betrachten; andere, die nicht mehr operiert werden konnten, zeigten auffallende Besserung. Nicht zufrieden ist er mit der Radiumbehandlung bei den Neubildungen des Magens, erst in den letzten Jahren sich mehrende Erfolge zeigte die Behandlung der Gebärmutter-

krebse. Dem Verf. stehen allerdings verhältnismäßig sehr große Radiummengen zur Verfügung. Er gibt eine Übersicht über die Versuche mit Radium an Keimlingen und Knollen und erörtert das Wesen und Wirkung der γ-Strahlen im Gegensatz zu den α- und β-Strahlen. Zusammenfassend läßt sich sagen: Eine genügend große Menge von γ-Strahlen bewirkt Vernichtung und Resorption der Geschwulstzellen. Die Wirkung des Radiums hängt ab von einer über die Reizdosis hinausgehenden Dosis. Die Ausschaltung der α- und β-Strahlen geschieht durch Bleifilter. Das Kreuzfeuer und die Anwendung mehrerer Radiumkapseln erhöht die Wirkung. Die Wirkung des Radiums ist elektiv insofern, als die normalen Gewebszellen viel widerstandsfähiger sind gegenüber den Geschwulstzellen. *Koch* (Bochum i. W.).

Allmann, J.: Die unblutige Carcinombehandlung. (*Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 21, S. 1064—1066. 1914.

Bericht über Erfahrungen mit Strahlentherapie bei 80 krebskranken Frauen. Als Filter eignet sich am besten vernickelter Messing von höchstens 1 mm Wandstärke. Zur Verhütung der Sekundärstrahlung ist am besten Karton anzuwenden. Die Menge des angewandten Mesothoriums beträgt 150—200 mg mit Einschaltung längerer Pausen. Nebenschädigungen lassen sich so am besten vermeiden. Doch ist das Allgemeinbefinden sorgfältig zu berücksichtigen, das bei ausgezeichneter lokaler Einwirkung schwer geschädigt werden kann. Verf. glaubt, das die Injektion des Serums von Carcinomkranken einen günstigen Einfluß auf das Befinden hat. Er schlägt ferner vor, innerlich Jod und subcutan Arsen zu geben. Cholin unterstützt die Strahlenwirkung in spezifischer Weise. Daher wird Enzytolbehandlung, auch Injektion von salzsaurem oder jodwasserstoffsaurem Cholin empfohlen, die auch subcutan injiziert werden können. *C. Lewin* (Berlin).[M]

Verletzungen:

Fraenkel, Manfred: Die günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen-Reizdosen bei der Heilung von Knochenbrüchen. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 26, S. 1105 bis 1108. 1914.

Da Verf. den günstigen Einfluß der „Reizwirkungen" der Röntgenstrahlen auf pleuritische Schwarten, bei Lösung von Verwachsungen der Bauchfelltuberkulose sowie bei einer Reihe gynäkologischer Erkrankungen feststellen konnte, und nachwies, daß ganz besonders da die Einwirkung einer Reizdose zu beobachten war, wo a priori bereits eine physiologischer Reizzustand vorhanden war, hat er die Reizdosen bei der Heilung der Knochenbrüche zur rascheren Konsolidation benutzt. Von den 8 bisher so behandelten Fällen, die im Alter von $1^1/_2$—46 Jahren standen, handelte es sich 3 mal um Fingerbrüche, die trotz schwerer Zersplitterung bei 2 Patienten auffallend rasch und gut heilten. Das dritte Kind zeigte bereits im Beginn der Behandlung eine Gangrän der Haut, die aber auf Bestrahlung rasch zurückging. Kurz darauf fiel der Patient zum zweiten Male auf den Finger, der ohne Schiene gelassen war, und verschlechterte den Zustand derartig, daß eine Exartikulation nötig wurde. Die Bestrahlung wurde dreimal durch den Verband vorgenommen, die Konsolidierung war unter Zuhilfenahme von Schienenverband in 8 resp. 10 Tagen eingetreten. Ein Vorderarmbruch, quer durch den Radius, schräg durch die Ulna, etwa 3 cm oberhalb des Handgelenkes, wurde durch den starken Gazeschienenverband hindurch in 6 Sitzungen allseitig bestrahlt. Der 8jährige Knabe zeigte bereits nach 6 Tagen im Röntgenschirm eine stark auffallende Callusbildung und eine Konsolidierung der gebrochenen Knochenenden. Ebenso erging es den übrigen Fällen, darunter einem mit einer typischen Knöchelfraktur. Verf. behält sich die ausführliche Besprechung des Themas an anderer Stelle vor. *Creite* (Göttingen).

Pfeiffer, Hermann: Über das Auftreten peptolytischer Fermente im Serum verbrühter Kaninchen. Mitt. 1. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Graz.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 20, S. 1099—1101. 1914.

Durch Verbrühen von Kaninchen konnte Verf. zeigen, daß das anfänglich fermentarme Serum von einer großen Menge aktiver Substanz überschwemmt wird. Es traten nach dem Zugrundegehen großer Zellmassen durch die Hitzewirkung reichliche Mengen peptolytischer Fermente im Blute der Tiere innerhalb ganz kurzer Zeit ($^1/_2$ Stunde) auf. Bei dieser Fermentreaktion handelt es sich nicht um eine agonale Erscheinung, da die Fermente zu einer Zeit schon im Blute nachweisbar sind, wo von einer Agone

nicht gesprochen werden kann. Der Nachweis der Fermente wurde durch Aufspaltung von Glycyltryptophan geführt. *Brahm* (Berlin).[M]

Rumpf, Th.: Über Arteriosklerose und Unfall. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 21, S. 1059—1060. 1914.

Da es bei den Beziehungen zwischen Unfall und Arteriosklerose, auf die zunächst von Oppenheim hingewiesen worden ist, vor allem unser Bestreben sein muß, den pathologisch-anatomischen Befund festzustellen, so gibt Rumpf ausführlich die Krankengeschichten zweier Fälle, die längere Jahre klinisch beobachtet wurden und bei denen dann eine genaue Sektion gemacht werden konnte.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 52jährigen Bergmann, der im Jahre 1906 einen Bruch der Schädelbasis erlitten hatte. Die Fraktur entzog sich zunächst der Diagnose, weil keiner der Gehirnnerven eine Läsion erfuhr und Blutungen nach außen nicht hervortraten. Patient hatte dann dauernd nervöse Störungen, speziell Schwindelerscheinungen in wechselnder Stärke. Im April 1913 kam es zu einer Verschlimmerung des Taumelns, gleichzeitig trat eine melancholische Verstimmung auf. Der zunächst in das Krankenhaus wiederaufgenommene Patient entfernte sich aus demselben und nahm sich durch Ertränken das Leben. Bei der Sektion zeigte sich nun, daß außer der Gehirnerschütterung eine Blutung unter die harte Hirnhaut des Schädelgrundes stattgefunden haben mußte, welche eine Verdickung dieser und Knochenwucherungen im Gefolge hatte. Von den Gefäßen des Schädelgrundes erwies sich nur die Arteria cerebri posterior stark arteriosklerotisch verkalkt. Bei dem Befunde einer Basisfraktur mit anschließender Blutung in die harten Hirnhäute betrachtet Rumpf den ursächlichen Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und Unfall für sichergestellt. Die gleichen Beziehungen scheinen ihm auch in einem zweiten Falle zu bestehen, bei dem in Anschluß an eine Gehirnblutung eine Arteriosklerose der gesamten Gehirnarterien im Verlauf von 20 Jahren sich entwickelte. Die Aorta und die Coronararterien zeigten nur minimale Veränderungen; doch konnte in diesem Falle für die Entstehung dieser Arteriosklerose auch ein zeitweise vorhandener Alkoholgenuß verantwortlich gemacht werden. Außerdem bestand noch eine Schrumpfniere. R. betont nun besonders, daß trotz dieser Schrumpfniere das Gefäßsystem außerhalb der Schädelhöhle nur geringe und zerstreute Gefäßveränderungen aufwies, während die Arterien des infolge schwerer Commotio erkrankten Gehirns, das die Reste einer Blutung noch zeigte, sämtlich schwer arteriosklerotisch verändert waren. Es erinnert den Verf. diese Beobachtung an den Fall von Bernhardt, in dem nach einer Schulterkontusion eine schwere Arteriosklerose der Arterien des betreffenden Arms sich entwickelte. *Géronne* (Wiesbaden).[M]

Kriegschirurgie:

Tintner, Friedrich: Zur Frage der Wundinfektion auf dem Schlachtfelde. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 1, S. 85—106. 1914.

Die in dem letzten Kriege so vielfach beobachteten Infektionen sind auf Fehler bei der Blutstillung und vor allem auf fehlerhafte erste Verbände zurückzuführen. Die Blutstillung ist überhaupt zu unterlassen, weil der Verwundetenträger den Verletzten erst nach Stunden, oft erst nach Tagen die erste Hilfe leistet. Da erfahrungsgemäß die kleinen mit dem Geschoß mitgerissenen Partikel der Kleidung und der Haut steril zu sein pflegen, soll die Entkleidung der Verwundeten überhaupt unterlassen und der Verband über die Kleidung angelegt werden. Dem Verwundeten werden dadurch nicht nur viele Schmerzen erspart, sondern es wird auch die Gefahr der Eiterinfektionen und des Tetanus wirksam hintangehalten. Vor allem aber ist ein Verbandpäckchen nötig, das den zu stellenden Anforderungen entspricht, was die bisher gebräuchlichen Päckchen nur in sehr unvollkommener Weise tun. Tintner hat nun auf Grund seiner Erfahrungen im bulgarisch-türkischen Kriege ein Verbandpäckchen geschaffen, daß sich von den bisher gebräuchlichen wesentlich unterscheidet und wesentliche Vorteile vor ihnen aufweist. Es besteht aus einem großen dreieckigen, an den Ecken mit Bändern versehenem Verbandtuche, das harmonikaartig sowohl der Länge als der Breite nach zusammengelegt ist und sowohl als bindenartiger Verband, wie die früheren Verbandpäckchen, als auch teilweise oder ganz zum Tuch entwickelt verwendet werden kann. Durch die mannigfaltige Art seiner Verwendung, besonders auch zur Fixierung bei Schußfrakturen, ist es allen übrigen Verbandpäckchen weit überlegen. Die Konstruktion des Päckchens und die Art seiner Verwendung bei den verschiedenen Verwundungsarten eignet sich nicht zum Referat und muß in dem mit zahlreichen instruktiven Abbildungen versehenen Original nachgelesen werden. *Colmers* (Coburg).

Heinz, Otto: Erste Hilfe und Verhütung der Wundinfektionen am Schlachtfelde. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 1, S. 63—71. 1914.

Die Laienhand soll beim ersten Verband möglichst ausgeschaltet werden, da die Blessiertenträger größere Wunden und größere Blutungen, die wirklich baldige erste Hilfe erfordern, doch

nicht mit dem Verbandpäckchen ausreichend und zweckmäßig versorgen könnten. Den Blessiertenträgern sollen abgesehen von der Labung, Transport und Geleitung der Verwundeten auf den Hilfsplatz (Truppenverbandplatz) nur das Anlegen von Schienen bei Knochenbrüchen zur Herstellung der Transportfähigkeit und Abschnüren von Extremitäten bei stark spritzenden Blutungen erlaubt werden. Trotz aller Vorbeugungsmaßregeln gibt es genug durch die Verhältnisse bedingte Infektionen, wobei Art und Ausdehnung der Wunde eine wesentliche Rolle spielt. Im Gegensatz zu den Mantelgeschoßwunden sind die Verletzungen durch Artilleriegeschosse sehr häufig primär infiziert, besonders durch Kleiderfetzen. Durch die definitiven Verbände, die durch Ärzte mit aseptischem Verbandstoff auf dem Hilfsplatz angelegt werden, ist möglichst Einschränkung der Sekundärinfektion gewährleistet. Da gerade unter den in der vordersten Linie tätigen Ärzten nur ein kleiner Bruchteil ist, der die Wundversorgung beherrscht, muß nach einfachem Schema, gearbeitet werden. 1. Reinigung der Hände mit Wasser, Seife, Bürste; bei Mangel an Wasser mit Alkohol, Benzin oder Spiritusäther. Verbandstoffe nur mit ausgekochten Instrumenten berühren. 2. Kein Ausspülen oder Waschen der Wunden, reine Wunden bleiben unberührt, Wundumgebung mit Jodtinktur bestreichen. Deckverband. 3. Durch Fremdkörper verunreinigte Wunden werden mit ausgekochten Instrumenten gereinigt, Wunde und Umgebung mit Jodtinktur betupft. Bei voraussichtlich langem Transport lockere Ausfüllung von Wundhöhlen und Taschen mit Gaze, keine Tamponade. Bei der Divisionssanitätsanstalt (Hauptverbandsplatz) und dem Feldspital kann die Wundversorgung den klinischen Verhältnissen entsprechend vor sich gehen. Reichlich Instrumente für den Verbandwechsel (Kornzangen, Pinzetten) sind bei dem Massenbetrieb erforderlich. *Groth* (Liegnitz.)

Scheidl, Hans: Über die Vereinfachung der Aseptik im Kriege. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 1, S. 41—46. 1914.

Kurze Beschreibung des vom Verf. geübten Sterilisierungsverfahrens: Bad des Patienten am Tag vor der Operation, Besprengung des Operationsgebietes mit Chirosoter kurz vor der Operation, Händewaschung mit Seife und Wasser, 2 Minuten dauernde Besprayung der Hand des Operateurs mit Chirosoter, Zwirnhandschuhe. Verf. hatte mit dieser Methode recht gute Erfolge; er glaubt mit ihr die prima intentio in ihrer idealsten Form garantieren zu können. *F. Kayser* (Köln).

Mazel, Eduard: Über Mastisolbehandlung. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 1, S. 47—56. 1914.

Verf. ist ein überzeugter Anhänger der Mastisolbehandlung nach v. Oettingen. Ihr Wert ist in der Bakterienarretierung und in der prompten Verbandfixierung begründet. Nebenerscheinungen (Ekzeme, Druckblasen usw.) werden verschwinden, sobald ausschließlich das Mastisol, in dem das Chloroform durch Benzol, das Leinöl durch Ester ersetzt ist, angewendet und nur in dünner Schicht aufgetragen wird. Der Mastisolverband kann, da das Wundsekret unbehindert über die mastisolbedeckte Hautfläche fließt, auch bei stärker sezernierenden Wunden zur Anwendung kommen; im Gegensatz zu der von Marineärzten geäußerten Ansicht muß darauf hingewiesen werden, daß es auch bei großen Seekriegsverletzungen Gutes leisten wird. Weitere Anwendungsgebiete sind: die Weichteilextension, bei Abschüssen, sowie bei der Nachbehandlung von Oberschenkelamputationen mit starker Retraktion der Weichteile (nach linearer Amputation nach Kausch). An Stelle der von v. Oettingen als Wundversorgungsmittel empfohlenen Mullwattebäusche kann nach dem Vorgang des Schweizers Stierlin und Vischer Barchent Verwendung finden. Er besitzt vor dem v. Oettingenschen Wattebausch den Vorteil, daß er weniger leicht aus Unachtsamkeit abgerissen wird. In einigen Anwendungsarten ist das Mastisol ferner in vorzüglicher Weise geeignet, das Heftpflaster zu ersetzen. Dahin gehören: der Extensionsverband, bei welchem die mit Mastisol befestigten Barchentzügel mit Binden befestigt werden; die vertikale Suspension nach Schede; der Klumpfußverband; der Plattfußverband in der von Muskat angegebenen Weise; die Kontentivverbände bei Anschwellungen rheumatischer oder traumatischer Natur, bei Rippenverletzungen, bei Clavicularfrakturen. Zum Schluß gibt Verf. eine kurze bakteriologische Begründung der von v. Oettingen empfohlenen Mastisolpinselung zur Sterilisierung der Hände, sowie des Operationsfeldes. *F. Kayser* (Köln).

Laurent, O.: Les blessures du crâne en chirurgie de guerre. (Die Kriegsverletzungen des Schädels.) Clinique (Bruxelles) Jg. 28, Nr. 17, S. 259—266. 1914.

Die Kopfhaut zeigt verschiedene Verletzungen: Kontusion, Erosion, Schramme, Haarseilschuß, Konturschuß, mehr oder weniger ausgedehnte Zerreißungen über den Wölbungen der Scheitel-, der Stirn-, der Hinterhauptsgegend. Die Narbe kann schmerzhaft sein und die Excision erfordern. An den Schädelknochen findet man die Kontusion, die Osteomyelitis und die Frakturen. Laurent ordnet die Art der Frakturen nach der Distanz: Auf 2500 m isolierte Frakturen der Tabula interna oder externa, auf 2000 m Depression beider Tabulae mit oder ohne Penetration des Geschosses, auf 1800 m Tangential- und Segmentschüsse, auf 300—400 m Splitterbrüche mit Fissuren in der Geschoßbahn. Depressionsfrakturen entstehen durch das Schrapnell oder durch Granatsplitter. Rinnenschüsse, beschränkt auf die Tabula externa, bzw.

auf diese und die Diploe mit relativer Unversehrtheit der Tabula vitrea, sind häufig. Sodann Schilderung der allgemeinen und lokalen Symptome. Anführung einer Anzahl Krankengeschichten mit verschiedenartigen Schädelverletzungen, bei denen trepaniert wurde. Zum Schluß Hinweis auf die Verletzungen der Orbita, des Bulbus und des Nervus opticus. *Colmers* (Coburg).

Sanitary service in the Russo-Japanese war. (Sanitätsdienst im Russisch-Japanischen Krieg.) Milit. surg. Bd. **34**, Nr. 3, S. 229—248. 1914.

Zusammenstellung nach in erster Linie deutschen Berichten (Steiner, Schäfer, Hoorn, Fischer, Oettingen, Brentano, Weressajew, Matignon) über die sanitären Kriegsvorbereitungen, Kriegshygiene, Statistik, Verwundetentransport und Verwundetenversorgung im Russisch-Japanischen Krieg. Auf japanischer Seite suchte die Hilfe den Verletzten, auf russischer suchte der Verletzte die Hilfe. Bei den Japanern wirkte im Felde das aktive Sanitätskorps, geführt bis in die höchsten Stellungen von Ärzten, bei den Russen versagte das in den höheren Stellen von Nichtärzten geführte aktive Sanitätskorps völlig; dafür trat zum Teil das Rote Kreuz ein. Bei den Japanern überall wohlvorbereitete exakte Arbeit und vorzügliche Erfolge, bei den Russen überall Mängel, Unsicherheit, Furcht vor Verantwortung und Mißerfolge.
zur Verth (Kiel).

Wieting-Pascha: Über 120 Bauchschußverletzungen aus dem Balkankriege, beobachtet in dem osmanischen Fortbildungskrankenhause Gülhanę. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 170—198. 1914.

Es kamen in Behandlung im ganzen 102 perforierende Bauchschüsse und 18 Brustbauchschüsse. Unter den ersteren sind 84 Kleinkaliber- und 18 Schrapnellverletzungen mit 32 bzw. 9 Todesfällen. Man soll die Bauchschüsse nicht in aseptische und infizierte, sondern in symptomlose und Symptome zeigende einteilen. Nur die rasch zunehmende innere Blutung kann die symptomatische Indicatio vitalis zur Operation in den vordersten Sanitätsformationen bilden, wenn die äußeren Verhältnisse die Operation gestatten. Die Gefahr der Infektion ist groß, doch ist sicher, daß glatte Heilung eintreten kann, obgleich der Bauch unter Verletzung der Eingeweide von einem Projektil durchbohrt worden ist. Es wurden 23 sichere Bauchschüsse (Kleinkaliber, kein Schrapnellschuß) beobachtet, die ohne nennenswerte Symptome verliefen. Die Schüsse im Epigastrium und in den seitlichen Bauchgegenden sind nicht so gefährlich, wie die Schüsse im Hypogastrium; die Schußkanäle der Geheilten liegen fast alle oberhalb des Nabels, die der Gestorbenen fast alle unterhalb. Der Prolaps eines Schleimhautpfropfes ist nach Wieting Paschas Ansicht durchaus nicht Vorbedingung für die glatte Heilung der Darmschüsse, er hält ihn für eine mehr schädliche, als nützliche Beigabe; wesentlich ist der Verschluß des Darmes durch Kontraktion der Muskulatur und die rasche Verklebung. Den Bauchgeschossenen wird die günstigste Prognose gesichert durch den grundsätzlichen Verzicht auf die prophylaktische Frühoperation neben sorgfältiger Pflege und Überwachung (Vermeidung von Transport usw.). W. nimmt an, daß der rasche Tod auf dem Schlachtfeld häufiger durch Brustschuß als durch Bauchschuß eintritt, während umgekehrt der Spättod bei letzterem häufiger ist. Zum Schluß Besprechung der Brustbauchschüsse, die auch symptomlos ausheilen können.
Colmers (Coburg).

Tecqmenne, Ch.: Sur le traitement des blessures de l'abdomen par arme à feu. (Zur Behandlung von Schußwunden des Bauches.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liége Jg. **53**, Nr. 3, S. 58—66. 1914.

10 in aller Kürze angegebene Schußwunden durch Kleinkalibergeschosse, die durch Operation heilten und zwar sofort nach der Verletzung ausgeführt, allerdings nicht angegeben wieviel Stunden. Im einzelnen: Leber 1, Magen 3, Darm 5, Magen und Darm 1. Demgegenüber ein Fall von exspektativer Behandlung, der am 6. Tage starb an einem Abscеß der Lebergegend. Verf. ist hiernach unbedingter Anhänger der Frühoperation auch soweit angängig im Kriege. Er hält mit Demoulin die bisherigen Kriegsstatistiken nicht für einwandfrei insofern, als die Todesfälle während der Schlacht, bei dem Rücktransport nicht genügend berücksichtigt sind. Außerdem sind die schlechten Resultate der Operationen darauf zurückzuführen, daß sie zu spät ausgeführt wurden. Er kommt daher zu dem Schluß, daß auch im Kriege die Frühlaparotomie das einzig richtige Verfahren ist. *Coste* (Magdeburg).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Warburg, Otto: Über die Empfindlichkeit der Sauerstoffatmung gegenüber indifferenten Narkotica. (Nebst einer Bemerkung über die sauerstoffatmenden Leberzellengranula). (*Med. Klin., Heidelberg.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **158**, H. 1/2, S. 19—28. 1914.

Verf. zeigt in vorliegender Arbeit, daß die Sauerstoffatmung von Zellen und Zellextraktion durch Zusatz von indifferenten Narkoticis gehemmt wird. Und zwar ist die Hemmung größer bei den Zellen, die noch ihre Struktur besitzen, als bei den aus ihnen gewonnenen Extrakten. Zu den Versuchen wurden Suspensionen der Leberzellengranula, sowie wässerige Leberextrakte aus entbluteten Meerschweinchenlebern verwandt. Es wurde gefunden, daß die Konzentrationen, welche die Atmung des wässerigen Extrakts um 50% hemmen, erheblich über den Konzentrationen liegen, die die Körnchenatmung um den gleichen Betrag hemmen. *Tiegel* (Dortmund).

Heully, L.: Recherches sur la coagulabilité sanguine après anesthésie au chloroforme et à l'éther. (Untersuchungen über die Gerinnbarkeit des Blutes nach Chloroform- und Äthernarkosen.) Rev. méd. de l'est. Bd. **46**, Nr. 11, S. 321 bis 349. 1914.

Von den Untersuchungen Doyons ausgehend, welcher in der Chloroformvergiftung eine Gerinnungsverlangsamung nachgewiesen hatte, versuchte der Verf. an Hand von 70 Narkosen (59 mit Chloroform und 11 mit Äther), die Wirkung anästhesierender Mengen von Narkoticis auf das Blut zu ergründen. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Sowohl die Chloroform- wie die Äthernarkose steigern die Gerinnbarkeit des Blutes, und zwar ist die Steigerung durch Äther sowohl absolut stärker als auch anhaltender, wie die durch Chloroform erzeugte. Praktisch würde es sich daher empfehlen in Fällen, wo schon vor der Operation die Gerinnbarkeit des Blutes gegenüber der Norm gesteigert ist, Chloroform an Stelle des Äthers zur Narkose zu verwenden, um sich so gegen Thrombosen und Embolien sicherzustellen. Dafür wäre Äther bei Leberaffektionen, wo die Gerinnbarkeit verlangsamt ist, dem Chloroform vorzuziehen. *Dumont* (Bern).

Keil, Georg: Über den sekundären Narkosentod. Erfahrungen bei 4000 Narkosen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 20, S. 1013—1016. 1914.

Verf. unterscheidet zwischen einem primären Narkosentod, der sich in der Narkose einstellt und einem sekundären Narkosentod, der erst nach der Narkose und an ihren Folgen eintritt. Das klinische Bild des sekundären Narkosentodes, durch welchen besonders Individuen von schwächlicher Konstitution, solche mit Status thymo-lymphaticus, sowie fette Personen gefährdet werden, wird in folgender Weise geschildert: Nach anfänglich gutem Verlaufe beginnt am 1. oder 2. Tage nach der Narkose bzw. Operation der Puls an Frequenz zuzunehmen und sich zu verflachen. Es stellen sich ab und zu hohe Temperaturen ein ohne jede entzündliche Erscheinungen von seiten des Peritoneums oder anderer Organe. Die Kranken werden unruhig, haben einen unbestimmten Druck in der Herzgegend, werden cyanotisch, der Gesichtsausdruck ist ängstlich, mitunter besteht leichter Ikterus. Die Atmung ist angestrengt, die Urinmenge nimmt ab, der Urin selbst ist manchmal trübe, enthält Zylinder, rote und weiße Blutkörperchen und Epithelien. Im weiteren Verlauf wird der Puls immer schneller und kleiner, die anfänglich cyanotische Hautfarbe weicht einer wächsernen Blässe; es tritt mehr oder weniger plötzlich der Tod ein, meist am 3. und 4. Tage, seltener am 6. bis 10. Tage. Die Obduktion zeigt einen schlaffen, dünnen, braunen oder gelbrötlichen, verfetteten Herzmuskel, an den Nieren und der Leber Zeichen von trüber Schwellung und Verfettung. Zur Verhütung dieser Komplikation wird eine genaue Funktionsprüfung der inneren Organe empfohlen, vor allem Feststellung des Blutdruckes, mikroskopische Blutuntersuchungen und der sog. Treppenversuch. (Die Patienten müssen in mäßig schnellem Tempo 2 Stiegen hinaufsteigen; der Unterschied in der Frequenz des Pulses vor und nach dem Steigen sowie die Zeit bis zur Rückkehr zur anfänglichen Frequenz sollen ein einigermaßen genaues Bild über die Qualität des Herzens abgeben.) Es wurde auch empfohlen, einige Tage vorher kohlehydratfreie Nahrung, am Abend vorher 150° Glykose in 300 g Wasser und $^1/_2$ g Tinct. strychni zu geben, von der Annahme ausgehend, daß es sich bei diesen postnarkotischen Störungen um eine Säurevergiftung handelt. Therapeutisch kommen Kochsalzinfusionen, Diuretica, und Analeptica in Frage; allergrößte Ruhe und Schonung vor psychischen Erregungen und körper-

lichen Anstrengungen. Auf 4000 Narkosen wurden 10 Fälle von sekundärem Narkosentod beobachtet, das wären 0,25%. Davon entfallen 9 Fälle auf 3116 Tropfnarkosen, das sind 0,28% und 1 Fall auf 884 Narkosen mit dem Roth - Dräger - Apparat, das sind 0,1% (eine Angabe, wie sich die Todesfälle auf Äther- und Chloroformnarkosen verteilen, ferner welcher Art die vorangegangene Operation war, findet sich nicht.) Die Todesfälle betrafen meist Frauen in höherem Alter von 55—61 Jahren. *Tiegel* (Dortmund).

Scholz: Über das Narkotisieren ängstlicher Menschen. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 11—26. 1914.

Die an der Kümmellschen Klinik gesammelten Beobachtungen erstrecken sich auf Fälle, die durch Scopolamin-Morphium vorbereitet und durch Äther-Chloroform mittels des Roth - Drägerschen Apparates narkotisiert worden waren. Bei dieser Narkoseart sinkt der Blutdruck ganz konstant und gleichmäßig bis zum Stadium tiefer Narkose, wenn gleichmäßig getropft wird. Ängstliche und nervöse Kranke sind bei der Narkose dadurch gefährdet, daß unvermittelt plötzliche und starke Schwankungen des Blutdrucks auftreten, denen sich unter Umständen das Herz nicht genügend anpassen kann. Dadurch kommt es dann zu üblen Zufällen. Die dabei besonders zu fürchtenden Reflexwirkungen sind die von den Trigeminusverzweigungen ausgehenden, ferner eine ungewöhnlich starke Einwirkung auf den Sympathicus, Schreckwirkungen mit hochgradiger Reizung des ganzen Vasomotorensystems und nachfolgendem Versagen des Herzens, endlich Reflexwirkungen ausgehend von der Bauchhöhle, wenn deren Organe bei nicht hinreichend tiefer Narkose gefaßt, gezogen oder sonstwie geschädigt werden. Zu den letztgenannten schädlichen Reizen gehört auch eine plötzliche starke Lageveränderung der Baucheingeweide durch Beckenhochlagerung oder Aufrichtung des Körpers. Die hierdurch hervorgerufenen Lageveränderungen mit ihren Wirkungen auf das Herz untersuchte Scholz experimentell an Hunden, von denen er eine Reihe von Röntgenskizzen gibt. Die Technik der Narkose bei ängstlichen Kranken ist eine besonders schwierige und verantwortungsvolle. Daher verlangt Scholz, daß sie nie von Wärtern oder Schwestern, sondern stets nur von Ärzten ausgeführt werde. Es gilt, das Vertrauen der Kranken zu gewinnen und alle schreckhaften Eindrücke zu vermeiden. Zu erstreben ist ein ruhiger, gleichmäßiger Fortgang der Narkose. Zu warnen ist vor einem verfrühten Beginn der Operation, bevor die Narkose ihre volle Tiefe erreicht hat. In dieser Forderung stimmt S. mit Henderson überein, auf dessen bekannte Anschauungen über die Gefahr der Kohlensäureverarmung des Blutes (Akapnie) er mit besonderem Nachdruck hinweist. Die Hauptgefahr der Narkose bei ängstlichen Menschen liegt nicht in der Überdosierung, sondern in den Reflexwirkungen im Beginn der Narkose. *M. v. Brunn* (Bochum).

Johannsen, Th.: Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Scopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. (*Priv.-Frauenklin. v. Dr. A. Wähner, Moskau.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 38, Nr. 20, S. 724—726. 1914.

Injektion von 0,04 Pantopon und 0,0004—0,0006 Scopolaminum hydrobromicum 1 Stunde vor der Operation, die unter Äthernarkose ausgeführt wird. Keine üblen Zufälle und Nachwirkungen; Vorsicht ist bei Herzfehlern zu raten. Pantopon allein gab keine so günstigen Resultate, auch ist die Salivation stärker als bei Kombination mit Scopolamin. Gute Erfolge mit Pantoponinjektionen (2—3 mal täglich je 0,02) bei Hyperemesis, ferner zur Linderung des Wehenschmerzes. *Albrecht* (München).[G]

Anspach, Brooke, M.: Experiences with spinal anesthesia in pelvic surgery. (Erfahrungen mit der Spinalanästhesie in der Beckenchirurgie.) Americ. journ. of obstetr. a. dis. of wom. a. childr. Bd. 69, Nr. 5, S. 753—766. 1913.

Schilderungen der Technik, der Vorzüge und Nachteile der Lumbalanästhesie. Verf. hat 36 eigene Fälle, die er in einer Tabelle zusammenstellt. — Er kommt zu dem Schluß, daß bei der Lumbalanästhesie die primäre Mortalität größer ist als bei der Allgemeinnarkose mit Chloroform, Äther usw., die postoperative Mortalität und Morbidität aber geringer. Für den Operateur ist die Lumbalanästhesie aufregender und erfordert auch eine besondere Technik und Erfahrung, damit ev. Komplikationen sofort bemerkt

werden können. — Für bestimmte ausgewählte Fälle ist die Lumbalanästhesie sicher die beste Narkosenform. *Ruhemann* (Berlin).°

Danis, Robert: L'anesthésie régionale du petit bassin. (Die regionäre Anästhesie des kleinen Beckens.) Ann. et bull. de la soc. roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles Jg. **72**, Nr. 5, S. 160—186. 1914.

Die verschiedenen Methoden werden besprochen. Über die Sakralanästhesie hat der Verf. keine persönliche Erfahrung. Er wendet sie vor allem aus dem Grunde nicht an, weil er eine Verletzung des Duralsackes durchs Filum terminale mit direkter Injektion einer verhältnismäßig hohen Novocaindosis in die Cerebrospinalflüssigkeit für möglich hält. Der Methode von Franke und Posner wird Unvollständigkeit der Anästhesie vorgeworfen. Die Möglichkeit, am Rectum schmerzlos operieren zu können, wird bei Anwendung dieses Verfahrens bezweifelt. Bei der parasakralen Anästhesie nach Braum wird bemängelt, daß sehr lange Kanülen nötig sind, mit denen man die Sakrallöcher schlecht fühlen kann. Auch wird es für gefährlich gehalten, eine derartige Nadel in der unmittelbaren Nachbarschaft eines krebsigen Rectums zu gebrauchen. Danis teilt dann eine eigene Methode zur Anästhesierung der Sakralnerven mit, deren Wesen in der Injektion anästhesierender Lösungen in die Sakrallöcher von hinten her besteht.

Über die Technik macht er folgende Angaben. Man legt den Kranken auf den Bauch oder auf die Seite, tastet die Crista iliaca ab und gelangt so zur Spina iliaca posterior inferior. Dann zieht man sich daumenbreit darunter eine horizontale Linie und daumenbreit nach außen von der Mittellinie eine vertikale Linie. Dort wo sich die beiden Linien schneiden, liegt die Einstichstelle für das dritte Sakralloch, in das 4 ccm einer 1,5 proz. Novocainlösung injiziert werden. Das vierte Sakralloch liegt etwa $1^1/_2$ cm unter dem dritten und etwas nach innen zu, also ein wenig nach außen von der Spitze der den hiatus sacralis bildenden dreieckigen Öffnung. Hierhin werden 3 ccm injiziert. Das zweite Sakralloch, dessen Injektion selten nötig ist, liegt daumenbreit oberhalb und etwas nach außen von der ersten Einstichstelle. Die Injektionen müssen doppelseitig ausgeführt werden, wenn die Operation die Mittellinie überschreitet.

Verf. hat diese Anästhesierungsmethode 18 mal angewendet. 2—10 Minuten nach der Einspritzung wurden der Reihe nach anästhetisch die Umgebung des Afters, der Damm, das Scrotum und der Penis, in der Tiefe das Rectum, die Prostata und die Blase oder die Vagina und die Portio. Bei 4 Hämorrhoidaloperationen genügte die Methode zweimal, in den andern beiden mußte noch lokal infiltriert werden. Als vorteilhaft wird besonders hervorgehoben, daß die Einstichstellen entfernt vom Operationsgebiet liegen, daß die verbrauchten Novocainmengen klein sind und daß die unteren Extremitäten nicht mit beeinflußt werden. Am Schluß der Arbeit wird die Paravertebralanästhesie kurz besprochen. *Läwen* (Leipzig).

Hackenbruch: Örtliche Schmerzverhütung bei Bauchoperationen. (*St. Josef-Hosp., Wiesbaden.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg). S. 168—188. 1914.

Hackenbruch verwendet zur örtlichen Schmerzbetäubung 0,5—1 proz. Novocainlösungen mit einem Zusatz von Merckschem Paranephrin, dem er als dem angeblich wirksameren Mittel vor dem synthetischen Suprarenin der Höchster Farbwerke den Vorzug gibt. Er stellt die Lösungen her mit 8 promilliger Kochsalzlösung und kocht sie vor dem Gebrauch einige Minuten im Wasserbade. Er verwendet fast ausschließlich das Verfahren der Umspritzung des Operationsfeldes, wobei er als überflüssig auf die Anlegung von Hautquaddeln vor den tieferen Einstichen verzichtet. Die Kranken haben in der Nacht vorher meist Veronal und kurz vorher 0,02 Pantopon erhalten. Durch die Umspritzung des Operationsfeldes läßt sich die Bauchhöhle an jeder beliebigen Stelle unter örtlicher Schmerzbetäubung eröffnen, vorausgesetzt, daß systematisch das epiperitoneale, das subaponeurotische und das subcutane Gewebe infiltriert werden. Dadurch gelingt es, auch das Peritoneum parietale hinreichend unempfindlich zu machen. Bei den Hantierungen an den Baucheingeweiden selbst ist schonendes Vorgehen geboten. Wo sich Zerrungen, schwierigere Lösungen von Verwachsungen und dergleichen nicht vermeiden lassen, wird oft die Zuhilfenahme der Allgemeinnarkose erforderlich. H. be-

schreibt im einzelnen das Vorgehen bei Operationen im Epigastrium, bei denen im Hypogastrium, bei Appendicitisoperationen, bei den verschiedenen Arten von Unterleibsbrüchen, bei der Sectio alta und der Prostatektomie nach Freyer. Er bekämpft die von Henle und Gottstein nach den Erfahrungen der v. Mikuliczschen Klinik aufgestellte Behauptung, daß die postoperativen Lungenkomplikationen durch die Einführung der Lokalanästhesie nicht vermindert worden seien, und schließt sich der Anschauung Finsterers an, daß dadurch nicht nur die Zahl, sondern vor allem die Schwere der Lungenkomplikationen herabgesetzt worden sei. Er glaubt ferner eine Verminderung der Zahl der postoperativen Embolien beobachtet zu haben und hebt vor allem das viel günstigere Allgemeinbefinden der unter örtlicher Schmerzbetäubung Bauchoperierten im Vergleich zu den unter Allgemeinnarkose Operierten hervor. *M. v. Brunn* (Bochum).

Deutschert: Beitrag zu: Unangenehme Zwischenfälle bei lokaler Anästhesie. (*Poliklin., zahnärztl. Ver., Hannover.*) Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. Jg. **17**, Nr. 25, S. 473—474. 1914.

Verf. berichtet über die unangenehme Wirkung einer Mandibularanästhesie, die sich in Krampfanfällen und Bewußtlosigkeit äußerte und die nach wenigen Minuten wieder verschwand. Es handelte sich dabei um ein Mädchen, das früher eine schwere Psychose (Kataton. Erregungszustände) hatte. Die unangenehme Wirkung der Lokalanästhesie trat nach Injektion von 5 ccm einer 2proz. Novocainlösung auf. Für dieselbe ist die Psychose verantwortlich zu machen. *Hirschel* (Heidelberg).

Desinfektion und Wundbehandlung:

Finck, Julius: Harzlösungen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 21, S. 1175 bis 1178. 1914.

Die vom Verf. seit 15 Jahren verwendete Harzlösung, die den Namen Kleol führt und als Cleolum album und Cleolum rubrum (durch Scharlachrot gefärbt) in den Handel kommt, hat folgende Zusammensetzung: Terebinth. venet. 15,0, Mastich. 12,0, Kolophon. 25,0, Resin. alb. 8,0, Spirit. vin. (90proz.) 180,0, filtr.! Diese Harzlösung hat v. Oettingen von dem Verf. im Jahre 1900 übernommen und durch Zusatz von Kolophonium (3,0) und Äther (20,0) unwesentlich verändert. Vier Jahre später hat er die gleiche „Finksche Klebeflüssigkeit" im mandschurischen Kriege mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet. In den darauf bezüglichen Veröffentlichungen aber hat Oettingen versehentlich von seiner Mastixlösung gesprochen, die jedoch erst im Jahre 1906 (mit der Formel Mastix 20,0, Chloroform 50,0, Ol. lini gutt. 20,0) entstand. Kleol ist dem Mastisol Oettingens nicht nur ebenbürtig, sondern durch seine vielseitige Anwendungsmöglichkeit zweifellos überlegen. So kann es beispielsweise eine Maceration in kurzer Zeit zur Heilung bringen, heilt nässende Ekzeme, leistet bei Acne Vorzügliches, ebenso bei makroskopischen Hautparasiten usw. Geschichte der Entstehung des Kleols, ausführliche Besprechung der einzelnen Bestandteile. *Genewein* (München).

Frank, Richard: Die Hautdesinfektion mit „Sterolin". Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. **1**, S. 57—62. 1914.

Die Schnelldesinfektion, die der Feldarzt für Hände und Operationsfeld braucht, kann nur eine physikalische sein. Versuche dazu waren Kollodium (Port) und erfolgreicher Harzlösungen, Mastix, Mastisol (v. Oettingen). Idee der Bakterienarretierung mit mechanischer Reinigung kombiniert führte Verf. zur Anwendung des „Sterolin" (4% Perubalsam-Alkohol (96%)-Lösung mit Zusatz von 2% Ricinusöl und 2% Acidum acet. conc.). Damit wird das Operationsfeld mittels Gazebäuschen abgerieben; nachdem der Überschuß an die Haut angetrocknet ist, wird unmittelbar vor dem Hautschnitt ein zweiter Anstrich vorgenommen. (Dauer im ganzen 4—5 Minuten). Ebenso werden die Hände zweimal je 1—2 Minuten mit Sterolintupfern gründlich abgerieben. Bei 67 Operationen (ohne Handschuhe) war die Wundheilung ideal. Bakteriologische Untersuchungen über die Keimabgabefähigkeit der so behandelten Haut

bestätigten die günstigen klinischen Erfahrungen. Es eignet sich auch für accidentelle Wunden, die erst mit Sterolin ausgegossen werden und deren Umgebung dann bepinselt wird. Es verursacht im Gegensatz zum Jod keine Ekzeme, beschmutzt die Wäsche nicht, reizt die Schleimhäute nicht, ist auch bei Kropf und Basedow anwendbar; im Gegensatz zum Mastisol klebt es nicht und macht die Messer nicht stumpf. Die Ausschaltung der Wasserwaschung, gleiche Brauchbarkeit für Hände und Operationsfeld und einfache, rasche, sichere Anwendungsweise machen es geeignet für klinische und Kriegschirurgie sowie für den praktischen Arzt bei Eingriffen im Hause der Patienten. *Groth* (Liegnitz).

Pauchet, Victor: Vapeurs de formol, pour la désinfection des gants, drains, sondes, fils, aiguilles, bistouris, ciseaux, cystoscopes, etc. (Formalindämpfe zur Desinfektion von Handschuhen, Drains, Sonden, Fäden, Nadeln, Messern usw.) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 21, S. 332—333. 1914.

Pauchet bedient sich zur Desinfektion der im Titel genannten Gegenstände in sehr ausgedehnter Weise des Formalins. Es ist von Wichtigkeit, daß das Formalin an alle Oberflächen gelangen kann, was durch Umhüllung der Gegenstände mit losen Gazelagen erreicht wird. Bei der gewöhnlichen Zimmertemperatur muß die Einwirkung der Formalindämpfe auf 48 Stunden berechnet werden, durch Ewärmung auf 50 Grad läßt sie sich schon in einer halben Stunde erreichen, weil dabei die Entwicklung der Dämpfe aus dem in Pulverform verwendeten Formalin eine raschere ist. *M. v. Brunn* (Bochum).

Schamberg, Jay Frank, and John A. Kolmer: The germicidal activity of calomel. (Über die keimtötende Wirkung von Kalomel.) (*Dermatol. res. dep., policlin. a. coll. f. grad. in med., Philadelphia.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 25, S. 1950—1952. 1914.

Verff. beschäftigten sich gelegentlich von Untersuchungen über die keimtötende Wirkung von Chrysarobin und ähnlichen Substanzen bei der Behandlung der Psoriasis mit der Frage, wie wasserunlösliche Mittel am besten auf ihre keimtötende Wirkung zu prüfen sind.

Brauchbar erwies sich folgendes Verfahren: Einbringen der betr. Substanz in 2proz. Akazienwasser in sterile Flaschen mit Glasperlen, Umschütteln nach Bedarf und Entnehmen mit sterilen Meßpipetten. Als Testobjekte dienen Staphylococcus aureus und Typhusbacillus, welche mit der Suspension zusammengebracht und in ihrem Wachstum auf Agar und Bouillon beobachtet werden. Zur Wertbestimmung der keimtötenden Wirksamkeit empfiehlt sich eine bestimmte Kalomelsuspension als Standardsuspension (Kalomelkoeffizient).

Verff. fanden Suspensionen von Kalomel und anderen Quecksilbersalzen als sehr wirksam und einer Sublimatlösung nicht unebenbürtig. Praktisch kommt die Anwendung derartiger Suspensionen vor allem für die Behandlung von Höhlenaffektionen (Cystitis und Pyelitis, Gelenk- und Höhlenleiterungen) in Frage. Ausführlichere Mitteilung soll an anderer Stelle erfolgen. *Sonntag* (Leipzig).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Thilenius: Eine unzerbrechliche Injektionskanüle. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 25, S. 1273. 1914.

Der aus bestem Material gearbeiteten Injektionsnadel ist eine gegen den Ansatz zu konische Form gegeben, wodurch sie nach dem Ort der größten Inanspruchnahme hin zunehmende Widerstandskraft erhält. Da diese Kanüle geradezu unzerbrechlich ist, kann man ohne Gefahr das kleinste Kaliber verwenden. (Fabrikant: Stoß Nachf., Wiesbaden, Taunusstraße; Preis 2,50 Mk.) *Genewein* (München).

Kahn, Alfred: Facilitating the crile method of transfusion. An instrument, and technic for its use. (Erleichterung der Crileschen Transfusionsmethode. Ein Instrument und die Technik seiner Handhabung.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 24, S. 1193—1194. 1914.

Bei der Crileschen Kanüle macht die Umstülpung der Blutgefäße große Schwierigkeiten diese beseitigt Kahn durch einen mit Rillen versehenen Nagel, über welchen die Arterie heraufgezogen wird. In den Rillen ist sie mit Zängchen faßbar und sehr leicht umzustülpen. *Kreuter* (Erlangen).

Noguès, Paul: Les instruments „conduits“. (Die „Führungs“-Instrumente.) Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 6, S. 779—791. 1914.

Abbildung und Beschreibung einiger, zum Teil neuer, vom Verf. selber angegebener, zum Teil schon länger erprobter Instrumente und Katheter, sämtlich aus dem Gebiete der Urologie
Valentin (Berlin).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Lüken, E. A.: Ein- und gleichseitige Vagus- und Accessoriusläsion und vollkommene Taubheit nach Schädelbasisfraktur. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 104, H. 4, S. 1000—1013. 1914.

Fall von 6 m hohem Kran auf den Kopf. Gehirnerschütterung, außerdem doppelseitig Hämotympanon, rechtsseitige Lähmung des N. vagus und accessorius. Verf. nimmt an, daß die Bruchlinie durch beide Felsenbeinpyramiden und das Foramen jugulare dextrum geht, in letzterem ohne Verletzung des N. glossopharyngeus, der in einem besondern Fach verläuft. Es sind gelähmt: Sterno cleidomastoideus und Trapezius sofort, zugleich stark atrophisch. Rechtsseitige Gaumen- und hintere Rachenwandmuskulatur bei erhaltener Sensibilität und Reflexerregbarkeit. Rechte Hypopharynxhälfte, laterale Epiglottishälfte. bzw. rechte Larynxseite. Oesophagus. Nach $7^1/_2$ Monat Lähmung des Sternocleido und Trapezius beseitigt, nach 1 Jahr Gaumen, hintere Rachenwand. Während Fall für Klärung des Nervenursprunges nicht beweisend, so doch für die Frage, inwieweit Accessorius und Vagus an der Innervation des gelähmten Gebiets beteiligt. Es wird als sicher angenommen, daß Ramus ext. accessorii den St. und Trap. innervieren. Gaumen und Rachenwand sind entweder vom Accessorius oder Vagus innerviert. Da nun im vorliegenden Fall Muskeln, die vom N. laryngei und Rami oesophagi versorgt werden, gelähmt bleiben, während die Muskeln des Gaumens und der Rachenwand wieder funktionsfähig werden, so schließt Verf., daß letztere ausschließlich vom Accessorius bzw. von den Accessoriusfasern im Vagus innerviert werden. *Coste* (Magdeburg).

Finkelnburg, Rudolf: Doppelseitige reflektorische Pupillenstarre nach Schädeltrauma. (*Med. Klin., Univ. Bonn.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 20, S. 1005—1007. 1914.

Die Diagnose traumatischer Pupillenstarre soll man nur stellen, wenn 1. die Pupillenfunktion vor oder unmittelbar nach einer Schädelkontusion noch als normal beobachtet wurde, wenn 2. das Schädeltrauma erheblich war mit Zeichen der Commotio oder Schädelfraktur, wenn 3. die Pupillenstörung innerhalb einiger Wochen nach dem Trauma auftrat und wenn 4. frühere Lues mit allen modernen Untersuchungsmethoden ausgeschlossen werden kann (negative Wassermannsche und Nonnesche Reaktion, Fehlen von Lymphocytose); wenn der erste Punkt unklar ist, d. h. die Störung gleich nach dem Unfall gefunden wird, so muß weitere Beobachtung Klarheit bringen, ob nicht zufällig eine Tabes in Entwicklung schon begriffen war. Verf. bringt einen Fall, bei welchem die obengenannten Forderungen erfüllt waren. Später wurde auch doppelseitiges Fehlen der Achillesreflexe festgestellt, sowie starke Drucksteigerung im Lumbalsack. Anfängliches starkes Schwindelgefühl verlor sich langsam wieder.
Grashey (München).

Camp, Carl D.: The treatment of trifacial neuralgia by the injection of alcohol into the gasserian ganglion. (Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen ins Ganglion Gasseri.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 25, S. 1116—1119. 1914.

Dem Vorgange Harris' folgend, der 1909 an einem Kadaver die Möglichkeit, eine Nadel durch das Foramen ovale ins Ganglion Gasseri einzuführen, demonstrierte und im Januar 1912 einige bis 13 Monate zurückliegende, durch Alkoholinjektion ins Ganglion geheilte Neuralgien vorstellen konnte, hat Camp ebenfalls drei Fälle in dieser Weise behandelt. Der Erfolg war in allen Fällen ein sofortiger und vollkommener, in den zwei nachuntersuchten auch ein dauernder. Er geht von der Seite ein bei leicht geöffnetem Munde in der Höhe des Unterandes der Incisura mandibulae. Er sticht zuerst eine scharfe Nadel oder einen Trokar schräg nach oben und hinten durch Haut, Muskel und Fascie — ersetzt dann dieses Instrument durch eine 1,2 mm starke Hohlnadel, die mit einem etwas überstehenden schützenden Trokar versehen ist und eine Länge von 10 cm und eine Zentimetereinteilung hat. Kommt die Nadel an den dritten Ast, so wird etwas alkoholische Cocainlösung injiziert. Danach wird die Grenze des Foramens mit der Nadel abgetastet und die Nadelspitze etwa 1 cm vorgeschoben. Dabei muß Pat. einen scharfen

Schmerz über der Orbita empfinden. Injiziert wird dann 1 ccm einer 1 proz. Lösung von Cocain in 80 proz. Alkohol. Die Nadel bleibt liegen, bis komplette Anästhesie des gesamten Trigeminus — speziell der Reg. supraorbit. — eingetreten ist. Nach einiger Übung an der Leiche gelingt die Injektion auf diesem Wege stets leicht und sicher. *Ernst Schultze* (Berlin).

Hirnhäute, Gehirn:

Amantea, G.: Effetti di compressioni circoscritte graduate sulla zona corticale sigmoidea del cane. (Effekte circumscripter, graduierter Kompressionen der Zona cortic. sigmoidea beim Hunde.) (*Laborat. di fisiol., Roma.*) Arch. di fisiol. Bd. **12**, Nr. 3, S. 245—275. 1914.

Es gelingt, durch mechanische, das Nervengewebe schonende, richtig lokalisierte und bemessene Reize der motorischen Rindenzentren Kontraktionen umschriebener Muskelgruppen, ähnlich den durch faradische oder chemische Reize hervorgerufenen auszulösen. Auf ein senso-motorisches Rindenzentrum, das vorher strychninisiert wurde, ausgeübte Kompressionen modifizieren die Frequenz und Intensität der klonischen Muskelstöße in den entsprechenden Muskeln, parallel dem Grade und der Dauer der Kompression. Die oberflächliche Applikation kleiner Mengen Adrenalin auf ein solches Zentrum setzt die Erregbarkeit herab, die Injektion einer kleinsten Menge in das Zentrum selbst sistiert sofort die Zuckungen. *Neurath* (Wien).

Weispfennig: Erfahrungen über die operative Behandlung der genuinen und traumatischen Epilepsie. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 50 bis 91. 1914.

Die Arbeit berichtet über die 20jährigen Erfahrungen Kümmells in der operativen Behandlung der „genuinen" Epilepsie (31 Fälle). Anschließend werden 11 Fälle „symptomatischer" Epilepsie mitgeteilt, denn die Beziehungen beider Epilepsieformen sind so innige, daß eine Trennung unsicher und bisweilen willkürlich sein muß. Kümmell gehört mit zu den ersten, welche die genuine Epilepsie operativ angegriffen haben. Bezüglich der Indikation zu einem operativen Eingriff steht er größtenteils auf dem Standpunkt Auerbachs. Es kommen nur solche Fälle von Epilepsie in Betracht, welche bei konsequenter Brombehandlung und absoluter Alkoholabstinenz keine deutliche Besserung erfahren. Ausgeschlossen sind Epilepsien auf der Basis einer fötalen Encephalitis, einer Entwicklungshemmung, ferner toxische und luische, sowie die bei Paralyse und Arteriosclerosis cerebri vorkommenden Formen. Fälle von Jacksonschem Typus, welche nicht nachweisbar auf einer Allgemeinkrankheit oder Hysterie beruhen, sind unter den erwähnten Bedingungen stets zu operieren. Häufung der Anfälle, sowie Zunahme der Lähmungen und deutliche Anzeichen beginnender Verblödung sind absolute Indikationen zur Operation, auch bei hereditärer Belastung mit Epilepsie und bei Potatorium in der Ascendenz. Diese Gesichtspunkte treffen ebenso gut für die operative Behandlung der „genuinen" Epilepsie zu. Hier ist der Eingriff besonders am Platze bei Vorhandensein einer konstanten und lokalisatorisch verwertbaren Aura, sowie von deutlichen inter- oder postparoxystischen Halbseitenerscheinungen, schließlich dann, wenn die Anamnese die Einwirkung eines erheblichen Kopftraumas oder eines früheren encephalitischen Prozesses oder ein temporäres Beschränktsein der Anfälle auf eine Körperseite ergibt. Kümmell steht auf dem Standpunkt Kochers, daß es sich bei der Epilepsie um Erhöhung des intrakraniellen Druckes handelt. Er sucht daher im Schädelinnern mechanische Verhältnisse zu schaffen, welche die Ausgleichung einer eventuellen Druckschwankung sicherstellen. Ein zweiter Gesichtspunkt seiner Operationstechnik ist das Bestreben, Verwachsungen der Hirnoberfläche mit ihrer Bedeckung zu vermeiden, da er diesen schuld gibt an dem Auftreten von Rezidiven.

Seine Technik ist zurzeit folgende: Bildung eines mindestens fünfmarkstückgroßen Hautknochenlappens aus dem rechten oder linken Scheitelbein (dabei Verzicht auf eine konzentrische Verkleinerung des Knochenlappens, weil es unmöglich ist, auf die Dauer ein knöchernes Ventil funktionsfähig zu erhalten). Excision der Dura bis auf einen etwa $^1/_2$ cm breiten Rand-

streifen und Deckung des Defektes durch einen frei transplantierten Fascien- oder Fettfascienlappen. Während der Nachbehandlung erhalten die Patienten konsequent Brom bei salzarmer Diät, in letzter Zeit Sedobroltabletten, und werden bei der Entlassung auf die Notwendigkeit einer weiteren jahrelangen Brommedikation sowie einer absoluten Alkoholabstinenz hingewiesen.

44 Krankengeschichten im Auszuge. Verf. berechnet 10% Heilungen, 13—16% Besserungen bei der „genuinen" Epilepsie. *Wrede* (Jena).

Stringer, G. H.: A case of cerebral tumour involving the fourth ventricle and causing glycosuria. (Hirngeschwulst des IV. Ventrikels mit Glykosurie.) Journ. of the roy. army med. corps Bd. **23**, Nr. 1, S. 68—72. 1914.

Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi: Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche; apraxie bilatérale mort par ponction lombaire. (Gliom des Balkens und des linken Parietallappens mit doppelseitiger Apraxie, gestorben nach einer Lumbalpunktion.) (*Clin. du prof. Gilbert Ballet, univ., Paris.*) Encéphale Jg. **9**, Nr. 5, S. 411—424. 1914.

Bei einem 54jährigen Patienten, bei dem sich rasch ein paralyse-ähnliches psychisches Zustandsbild, eine spastische Paraplegie und eine gemischte bilaterale Apraxie entwickelte, und der 36 Stunden nach einer Lumbalpunktion starb, fand sich ein ausgedehntes Gliom, das die hinteren zwei Drittel des Balkens und das Marklager des l. Parietalhirns völlig zerstörte, nur wenig auch ins r. Parietalhirn hinübergriff, nach vorne bis ins hintere Frontalhirn reichte und mit einigen Ausläufern sich bis in das Occiput erstreckte. Außerdem fanden sich multiple frische Blutungen in beiden Hemisphären. *A. Jakob* (Hamburg).[M]

Ohr:

Becker: Über den osteoplastischen Verschluß retroaurikulärer Öffnungen nach Antrumoperationen. (*Städt. Krankenh., Hildesheim.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 22—40. 1914.

Verf. hat sehr gute Erfolge bei der Schließung retroaurikulärer Öffnungen durch eine von ihm ersonnene Methode unter Benutzung eines Periostknochenlappens erzielt. Durch seine Methode werden gewisse Unvollkommenheiten, die den bisher angewandten Plastiken anhafteten, vermieden. Vorbedingung für einen guten Erfolg ist die absolute Heilung der alten Operationshöhle, selbst kleine Granulationspfröpfe stellen den Effekt in Frage.

Kreisförmige Umschneidung der Haut $^1/_2$ cm außerhalb des Defektrandes. Abhebelung der Haut bis zum Rande sowie der die Höhle auskleidenden narbigen Haut. Umlegung der kragenförmigen Haut nach der Mitte und Vernähung der Ränder mit Catgut. Hierdurch wird ein völliger Verschluß der mit Epithel ausgekleideten Höhle erzielt. Nach Anlegung dreier Hilfsschnitte nach oben, hinten, unten werden zwei Hautlappen zurückgeklappt, von dem so zugänglich gemachten Knochen ein freies Periostknochenstückchen abgemeißelt und am Defektrande umgeklappt. Befestigung in der neuen Lage mit einigen Catgutnähten. Vernähung der Haut. Die Höhle wird durch einen in den äußeren Gehörgang gelegten Streifen drainiert. Auf eine eventuelle Verletzung der Sinus muß man gefaßt sein. Die Blutung läßt sich aber leicht durch Kompression stillen. *Wortmann* (Berlin).

Uffenorde, W.: Die an der Göttinger Ohrenklinik üblichen Verfahren der Mastoidoperationen. Erweiterte typische Aufmeißelung. (*Kgl. Poliklin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskr., Göttingen.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftw. Bd. **71**, H. 1/2, S. 1—23. 1914.

Bei den beiden typischen Ohroperationen, der Aufmeißelung des Antrums und Warzenfortsatzes und der Totalaufmeißelung (Radikaloperation) hat Uffenorde nur unbedeutende Abweichungen von den allgemein üblichen Verfahren. Wenn aber „der eitrige Entzündungsherd auf die epitympanalen Teile beschränkt und die Pauke gegen den Recessus epitympanicus ganz abgeschlossen ist", empfiehlt U. unter der Zahl der in den letzten Jahren hierfür angegebenen Methoden die seine, die gleichfalls „das Bestreben hat, sich der zeitweilig vorliegenden Form und Ausdehnung der eitrigen Entzündung anzupassen". Nach Freilegung des Antrums und der Warzenfortsatzräume wird die hintere knöcherne Gehörgangswand bis auf eine schmale Spange am Annulus tympanicus reseziert, aus dem hinteren Teil der häutigen Gehörsgangswand ein Lappen gebildet und dieser nach unten in die Knochenhöhle des Warzenfortsatzes eingeschlagen. Der Hautschnitt hinter dem Ohr wird genäht; die Wundbehandlung geschieht vom Gehörgang aus. *Paetzold* (Berlin).

Mund:

Bergmann, Anton: Ein weiterer Fall operativ geheilter Noma. Prag. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 293—294. 1914.

Im Gegensatz zu den Klinikern, welche eine im ganzen konservative Behandlung der Noma befürworten, tritt Verf. mit Bayer, Springer, Perthes, von Ranke für die möglichst frühzeitige Operation der Noma ein. Der Herd sei im Gesunden mit dem Thermokauter zu umschneiden bzw. zu excidieren. Einem Erfolg stehen freilich zwei Mißerfolge gegenüber. *Gebele.*

Cohen, Joseph: Drei follikuläre Cysten des Oberkiefers. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftw. Bd. **71**, H. 1/2, S. 24—27. 1914.

Verf. fand unter den von ihm beobachteten Zahncysten dreimal die seltene follikuläre Form, die sich um falsch gelagerte und somit nicht zur Entwicklung nach außen kommende Zähne bildet. Sie sind im Röntgenbilde nachweisbar, ihre Entfernung ist für den mit Nasen- und Nebenhöhlenchirurgie Vertrauten leicht. Die follikulären Cysten sind nicht zu verwechseln mit den periodontalen, die um entzündliche Zahnwurzeln entstehen. *Paetzold* (Berlin).

Hoffmann, H.: Über Kiefergelenksankylose mit „Vogelgesicht"-Bildung. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 92—103. 1914.

Mitteilung zweier Fälle von Kieferankylose; in dem ersteren war nur das rechte Gelenk betroffen, die Veränderung war durch eine langdauernde Mittelohreiterung bedingt; im zweiten wurde die Ankylose beider Gelenke auf eine Verrenkung zurückgeführt. Zweimal wurde bei der Operation der aufsteigende Kieferast in seiner ganzen Breite durchmeißelt, das drittemal wurde lediglich der Gelenkfortsatz mit dem Meißel reseziert. Zwischen die beiden Knochenenden wurden stets Weichteile aus der Nachbarschaft interponiert. Der Erfolg war jedesmal befriedigend, insofern als die Mundöffnung zur Nahrungsaufnahme durchaus genügte, wenn sie schon nicht völlig normal wurde.

Die Vogelgesichtbildung ist als eine Folgeerscheinung der meist im frühen Kindesalter oder überhaupt in den frühesten Entwicklungsstadien erworbenen Ankylose der Kiefergelenke zu betrachten. Für die Entstehung des Leidens kommen verschiedene Ursachen in Betracht. Der absolut sichere Beweis, daß es bereits bei der Geburt ausgebildet war, ist nur ganz selten erbracht. Die Ätiologie der Mehrzahl der Fälle verteilt sich auf Traumen, entzündliche Prozesse nach infektiösen Erkrankungen und Otitis media purulenta. Das Leiden kann ein- und doppelseitig auftreten; es entwickelt sich ganz ausgesprochen chronisch, kann sich über ein Jahrzehnt hinziehen. Die Folge dieser Ankylose des Kiefergelenkes ist das Zurückbleiben des Wachstums des Unterkiefers, und das charakteristische Resultat hiervon ist das Vogelgesicht. Eine weitere Folge des Mundverschlusses sind Ernährungsstörungen und mangelhafte Sprache. Für die Therapie kommt nur der chirurgisch-operative Weg in Frage. Rezidive sind nicht allzu selten. Wichtig ist eine ausgiebige, rücksichtslos fortgesetzte Nachbehandlung. *Colley* (Insterburg).

Davids, Leslie J.: Fixed sources of all hemorrhage from tonsillectomy and its absolute control. (Feststehende Quellen für alle Blutungen im Gefolge der Tonsillektomie und ihre sichere Beherrschung.) Laryngoscope Bd. **24**, Nr. **3**, S. 161 bis 168. 1914.

Die falschen Anschauungen über die Blutzufuhr zu der Tonsille haben dazu geführt, einesteils zahlreiche oft nicht zu rechtfertigende Maßnahmen (Unterbindung der Carotis!) bei Blutungen nach Tonsillektomie zu empfehlen, andrenteils viel zu häufig Hämophilie anzunehmen. Die meisten Arterien, die für die Blutung nach der Tonsillektomie verantwortlich gemacht werden, versorgen nicht die Tonsille sondern die umliegenden Gewebe (Gaumenbögen), da sie nicht die Hinterwand der Kapsel des Recessus, in dem die Tonsille liegt, durchbohren. Nur die echte Art. tonsillaris, die aus der Kommunikation der Art. palatina ascend. (Ast der Maxillaris ext.) und Art. palatina descend. (Ast der Maxillaris int.) entsteht, geht in die Tonsille. Nach der Enucleation, bei der jede Verletzung der Gaumen-

bögen, weil weitere Blutung veranlassend, unbedingt vermieden werden muß, soll der obere Rand des vorderen Gaumenbogens mit einem Haken nach oben gezogen werden. Dann präsentiert sich die Arterie, wird gefaßt und unterbunden resp. umstochen. Nach Herausnahme des Hakens verschwindet die Ligaturstelle. Nur so kann die Blutung aus dem Bett der Tonsille exakt gestillt werden. Eine Reihe sehr guter Abbildungen veranschaulicht die anatomischen Verhältnisse und den Gang der Operation. *Mendelsohn.*

Lotheissen, G.: Zur Behandlung inoperabler Carcinome im Bereiche des Mundes mit Fulguration. Zeitschr. f. Mund- u. Kieferchirurg. Bd. **1**, H. 1, S. 13—19. 1914.

Bei inoperablen Carcinomen der Mundhöhle ist die palliative Behandlung besonders wichtig, wegen der qualvollen Beschwerden, die die Kranken durch den Foetus ex ore und die Schwierigkeiten beim Schlucken und Sprechen haben. Excochleation und Ätzung mit Kali causticum oder rauchender Salpetersäure, Röntgen- und Radiumbehandlung geben nicht die guten Resultate als die Fulguration nach Keating-Hart. Nur inoperable Fälle sollen auf diese Weise behandelt werden, operable eventuell nach der Operation so nachbehandelt. Die Technik gestaltet sich folgendermaßen:

In tiefer Chloroformnarkose nach Schutz der gesunden Partien mit Holz- oder Hartgummispateln werden unter Kühlung mit komprimierter Luft die kranken Teile mit Metallelektroden, die von hochfrequenten hochgespannten elektrischen Strömen gespeist werden, beblitzt. Die carcinomatösen Partien erweichen sofort und werden dann excochleiert, gleichzeitig findet eine Anämisierung statt. Es wird so lange fulguriert und excochleiert, bis man auf gesundes Gewebe stößt.

Verf. hatte bei 7 Fällen (Zungen-, Mundboden- und Oberkiefercarcinom) eklatante Erfolge, indem Schmerzen und Jauchung sofort verschwanden und die Sprache sich bedeutend besserte. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Wirbelsäule.

Pesci, Giacomo: Nota di tecnica sull'esame radiografico laterale della colonna cervicale. (Beitrag zur seitlichen radiographischen Aufnahme der Halswirbelsäule.) (*Istit. di elettroterap. e radiol., univ., Genova.*) Radiologia med. Bd. **1**, Nr. 5, S. 202 bis 203. 1914.

Man legt die photographische Platte unter den Hals des Patienten, den Unterrand angedrückt gegen die Unterschlüsselbeingrube, der Kopf seitlich und in Streckstellung, die Blende gerichtet gegen die nach hinten gelegene Schulter des Patienten, der mit auf dem Rücken gekreuzten Armen im Winkel von 45° seitlich der Platte aufliegt. Es gelingt so 7 Halswirbel und 1 Brustwirbel darzustellen. *Frank* (Köln).

Boidi-Trotti, G.: Le fratture latenti della colonna vertebrale. (Latente Frakturen der Wirbelsäule.) (*Osp. magg., Torino.*) Radiologia med. Bd. **1**, Nr. 5, S. 193 bis 202. 1914.

Auf Grund von 5 Fällen, in denen anfänglich schwere oder auffällige Symptome, insbesondere Veränderungen seitens des Rückenmarks fehlten, sich später jedoch ernste Folgen wie Gibbus, Veränderungen des Gangs, andauernde Schmerzen einstellten, hält Verf. es für angezeigt, schon frühzeitig, wenn eine Kur noch möglich ist, die Radiographie der Wirbelsäule vorzunehmen und auf diese latenten Destruktionen der Wirbel zu fahnden. Die traumatische Kyphose oder Spondylitis sei seit Röntgen eine verkannte Komminutivfraktur der Wirbel. *Frank* (Köln).

Meyer, H.: Ein Fall von Totalluxation der Halswirbelsäule. (*Chirurg. Klin., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 288—305. 1914.

Anschließend an einen Überblick über die bisherigen Erfahrungen an Wirbelsäulenluxationen (Terminologie: als verrenkt stellt man die höher gelegene Partie hin, Entstehungsmöglichkeiten, Symptomatik: Rückenmarksbeteiligung durch Querschnittsläsion, durch Kompression, durch Zerrung usw., Therapie bei frischen und bei veralteten Fällen: Reposition durch Zug in der Längsrichtung bei frischen Fällen, Vorsicht bei veralteten Fällen, ev. blutige Reposition nach de Quer-

vain) beschreibt Meyer eine Totalluxation der Halswirbelsäule zwischen 4. und 5. Halswirbel nach vorn.

Die betreffende Patientin war vom Stuhl aufs Hinterhaupt gefallen. Symptome: Wirbelsäulenabweichung, Störung der Kopfbeweglichkeit, Parese im linken Unterarm. Therapie: Scopomorphin-Narkose. Glissonsche Schwebe. Langsam zunehmender Zug und Gegenzug genau in der Längsrichtung. Die störenden Symptome gingen völlig zurück. Die Wirbelluxation wurde nach dem Röntgenbilde aber nur teilweise reponiert. *Hesse* (Greifswald).

Fraenkel, Eugen: Bemerkungen über die chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 25, S. 1394—1395. 1914.

Verf. unterscheidet zwei voneinander scharf getrennte Krankheitsbilder der ankylosierenden Wirbelsäulenversteifung. Die Spondylarthritis ancylopoetica ist eine Erkrankung der ganzen Wirbelsäule und geht aus von der Gelenkfläche, hauptsächlich der Processus articulares bedingt durch einen ulcerös-arthritischen Prozeß. Die gleiche Erkrankung kann sämtliche Gelenke des Körpers betreffen. Der Bandapparat bleibt dabei intakt. Das zweite Krankheitsbild, die Spondylitis deformans, beruht auf einer Erkrankung der Bandscheiben, führt zur Verunstaltung der Wirbel und zu Exostosenbildung, wodurch es durch Verklammerung der Fortsätze zur Versteifung kommt. Diese Erkrankung betrifft fast nie die ganze Wirbelsäule, sondern läßt zwischen ein und dem anderen erkrankten einzelne vollkommen freie Wirbel, was auch röntgenologisch zur Unterscheidung dienen kann. *v. Mayersbach* (Innsbruck).

Coon, Clarence E.: The diagnosis of traumatic periostitis of the lumbosacral spine. (Die Diagnose der traumatischen Periostitis der Lenden-Kreuzbeinwirbelsäule.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 4, S. 656—660. 1914.

Die Diagnose der Verletzungen in der Gegend der Lenden-Kreuzbeinwirbel ist in den letzten Jahren häufiger und sicherer geworden. Sehr viele Fälle mit Rückenschmerzen und Bewegungsbehinderung im unteren Rückgrat zeigen auf dem Röntgenbilde einen Bruch des Querfortsatzes am 4. oder 5. Lendenwirbel oder auch am Wirbelkörper und in dem Sakroiliakalgelenk; auch Abweichungen im Bau der Lendenwirbel sind manchmal Ursache der Rückenbeschwerden. Abgesehen von allen derartigen Fällen, die im Röntgenbilde sofort nach dem Trauma zu erkennen sind, gibt es auch solche, die dauernd über Rückenschmerzen nach einer Verletzung klagen, ohne daß man sogleich eine bestimmte Ursache findet. Man findet Muskelspasmen, Anästhesie oder Hyperästhesie in der schmerzhaften Gegend. 12 derartige unklare Fälle führt Verf. an und zeigt, daß die Röntgenplatte später als 1 Monat nach der Verletzung häufig eine Deutung der Beschwerden gibt. In der schmerzhaften Gegend erscheinen die Wirbel unklar, daneben liegen dichtere Schatten; es handelt sich um eine Verletzung der Ligamente und des Periostes mit nachfolgender Entzündung, die zur Ablagerung von Kalksalzen geführt hat. Die Folgen solcher Verletzungen der Wirbelsäule, die keine Fraktur, wohl aber eine Schädigung der Ligamente und des Periostes erzeugen, können frühestens 1 Monat nach dem Trauma röntgenologisch sichergestellt werden. *Koch* (Bochum i. W.).

Aimes, A.: La névralgie spinale de Brodie (pseudo-mal de Pott hystérique). (Die spinale Brodiesche Neuralgie [hysterische Pottsche Pseudokyphose].) Progr. méd. Jg. **42**, Nr. 25, S. 290—292. 1914.

Verf. berichtet über ein 13jähriges Mädchen, welches ein der Spondylitis tuberculosa sehr ähnliches Krankheitsbild darbot. Das in kyphotisch-skoliotischer Stellung fixierte Rückgrat war angeblich bei jeder Bewegung, aber auch schon bei leisestem Berühren der Rückenhaut außerordentlich schmerzhaft. Es handelte sich in Wirklichkeit um eine hysterische Deformität, deren Differenzierung von der Spondylitis bedeutungsvoll ist und die anscheinend ziemlich häufig ist. Charakteristisch für die hysterische Kyphose ist, daß die heftigsten Schmerzen schon bei leisesten Hautberührungen auftreten, daß die Bewegungen im Verhältnis zur scheinbaren Schwere der Spondylitis ziemlich frei sind, daß, wenn Lähmungserscheinungen bestehen, diese durchaus den Charakter hysterischer Lähmung tragen, daß gewöhnlich hyperästhetische und anästhetische Zonen nachweisbar sind, daß die Reflexe meist normal sind und daß das Röntgenbild negatives Ergebnis hat. *Peltesohn* (Berlin).

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

Kennedy, Foster, and Charles A. Elsberg: A peculiar undescribed disease of the nerves of the cauda equina. With a pathological report by Charles I. Lambert. (Eine eigentümliche, nicht beschriebene Krankheit der Nerven der Cauda equina. Mit einem pathologisch-anatomischen Bericht von Ch. I. Lambert.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **147**, Nr. 5, S. 645—667. 1914.

Das gemeinsame der fünf beschriebenen Fälle besteht darin, daß sie die Zeichen einer Kaudaläsion geben, ohne daß ein Tumor vorliegt. Der Beginn bestand stets in Schmerzen, viermal bestand eine Atrophie des Tibialis ant. und die objektive Sensibilitätsstörung erstreckte sich hauptsächlich auf die sakralen Wurzeln. Die Sphinkteren waren gestört, die Wassermannsche Reaktion war stets negativ. Von den fünf operierten Fällen starb nur einer. Ein Tumor fand sich niemals, wohl aber eine mäßige Ansammlung von Cerebrospinalflüssigkeit und eine graurote Verfärbung der Wurzeln, sowie Schwellung und Kongestion. Pathologisch-anatomisch fand sich eine Degeneration in den hinteren Wurzeln und in den afferenten Fasersystemen der Medulla. Die Fälle sind wohl aufzufassen als eine toxische Neuritis der kaudalen Wurzelfasern.

Frankfurther (Berlin).[M]

Chiari, H.: Beckenmißstaltung bei Spina bifida occulta sacralis. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionsl. Bd. **1**, H. 4/5, S. 426—431. 1914.

Mitteilung eines Falles von Spina bifida occulta bei einem 20jährigen Mädchen, das gleichzeitig eine erhebliche Entwicklungsstörung des Beckens darbot und außerdem eine schwere durch die Rhachischisis bedingte Funktionsstörung im harnleitenden System aufwies, die unmittelbar die Todesursache wurde. *Dunzelt* (München).[M]

Savariaud: La maladie de Little et son traitement chirurgical. (Die Littlesche Krankheit und ihre chirurgische Behandlung.) Journ. de méd. de Paris Jg. **34**, Nr. 21, S. 407—408. 1914.

Kurze Beschreibung der chirurgischen Eingriffe und der Technik der Försterschen Operation. *Monnier* (Zürich).

Hals.

Kehlkopf und Luftröhre:

Zuccardi-Merli, Ferruccio: Contributo alla questione dei trapianti tracheali. (Beitrag zur Frage der Trachealimplantation.) (*Clin. otorinolaringol., univ., Torino.*) Arch. ital. di otol. Bd. **25**, Nr. 3, S. 190—192. 1914.

Verf. konnte in 2 Fällen bei Hunden Stücke der Trachea von 1 cm Länge zirkulär einnähen. Die Stücke waren frisch, zirkulär und enthielten 4 Trachealringe. Nach 20 Tagen konnte man eine vollkommene Einheilung konstatieren ohne Spur von Stenose. *Monnier* (Zürich).

● **Tonietti, Pietro: Sulle alterazioni della sensibilità della laringe nelle lesioni del laringeo inferiore.** (Über Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes bei Schädigungen des unteren Kehlkopfnerven.) Livorno: A. Debatte 1914. 245 S. u. 5 Taf.

Die Arbeit beschäftigt sich in ausführlicher Weise mit der Anatomie und Funktion des N. laryngeus recurrens (inferior). Auf eine Schilderung des Ursprungs und des Verlaufes des betreffenden Nerven beim Menschen, beim Hunde und Kaninchen folgt die experimentelle Untersuchung auf Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, welche bei Durchschneidung des Nerven eintreten. Verf. stellte fest, daß der N. recurrens laryngeus bei Hunden und Kaninchen einzelne zentripetale sensible Fasern hat, während diese beim Menschen fehlen. Beim Menschen ist mithin der genannte Nerv ein rein motorischer, die Kehlkopfmuskeln versorgender Nerv. T. glaubt, durch seine Arbeit die Lehre Masseis von der gleichzeitig motorischen und sensiblen Natur des Recurrens widerlegt zu haben. *Herhold* (Hannover).

Menier, Marius: Beitrag zur Geschichte der Tracheotomie. Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. Grenzgeb. Bd. **7**, H. 2, S. 253—256. 1914.

Oppikofer, E.: Laryngologische Mitteilungen. 1. Plötzlicher Tod durch Erstickung infolge Verstopfung des Kehlkopfeinganges durch Speiseteile. 2. Primäres Carcinom der Luftröhre. (*Pathol.-anat. Inst., Basel.*) Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. Grenzgeb. Bd. **7**, H. 2, S. 243—252. 1914.

Barth, A.: Meine Erfahrungen über Kehlkopfkrebs. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 6—21. 1914.

Barth berichtet über 70 von ihm beobachtete Fälle von Kehlkopfkrebs, von denen ungefähr die Hälfte reine Carcinome des Larynx waren, die Hälfte ihren Ursprung in der Nachbarschaft hatten. Von diesen bekam er nur acht im Frühstadium zu sehen, so daß sie für die endolaryngeale Operation geeignet waren; nur 3 davon entschlossen sich zur Operation. Deshalb ist vor allem von Wichtigkeit die frühe Diagnose. Bei einigermaßen entwickelten Fällen soll nicht endolaryngeal operiert, sondern die Laryngofissur gemacht werden; sie hat viele Vorteile, von denen die wichtigsten sind: Die Möglichkeit in Lokalanästhesie zu operieren; bessere Übersicht und Beurteilung der Größe und Abgrenzung im Gesunden; leichtere Blutstillung; bessere Entfernung durch glatte Schnitte und nach der Operation bessere Beurteilung, ob alles entfernt ist. In 3 Fällen mit teilweiser Exstirpation des Kehlkpfes war ein schlechter Ausgang zu verzeichnen. Von den weiteren 59 Fällen kamen einzelne in so elendem Zustande, daß sie trotz der Pflege schon einige Tage nach der Aufnahme starben; in einem Teil der Fälle wurde die Operation abgelehnt. Bei 12 Patienten wurde die Totalexstirpation mit Drüsenausräumung gemacht, wobei einige Male Oesophagus- und Pharynxteile mit weggenommen werden mußten. Vier starben in den ersten 2—14 Tagen; acht überlebten den Eingriff 4 Monate — $2^1/_2$ Jahre und gingen dann am Rezidiv zugrunde. Ungefähr die Hälfte aller Larynxcarcinome wird von der Behandlung im Frühstadium ausgeschlossen bleiben, weil der Krankheitsherd im Hypopharynx oder Oesophagus seinen Ursprung nimmt. B. hält es für richtig, dem Pat. das Schwere der Erkrankung klarzumachen, ev. sogar im Anfangsstadium die Diagnose mitzuteilen, damit sie sich früh genug operieren lassen. Ferner ist wichtig die bessere Ausbildung der Ärzte in der Laryngologie, damit sie Anfangsstadien erkennen lernen. *Bode* (Kassel).

Thomson, Sir St. Clair: Intrinsic cancer of the larynx; complete excision apparently effected by endolaryngeal operation. (Carcinom des Larynxinnern, scheinbar vollständige Entfernung durch intralaryngeale Operation.) Lancet Bd. **186**, Nr. 22, S. 1523—1525. 1914.

Bei einer 50jährigen Frau wurde mittels Mackenziescher Zange eine möglichst ausgiebige Probeexcision eines Tumors des rechten Stimmbandes gemacht, die Carcinom ergab. Die später zum Zwecke der radikalen Operation ausgeführte Laryngofissur zeigte das ganze Carcinom entfernt. Auch in dem nun mitexstirpierten umgebenden Gewebe kein Krebs mehr. Verf. hält den Erfolg selbst für ein Zufallsresultat und schließt nur, daß es möglich sein kann, auf diese Weise ein intralaryngeales Carcinom zu entfernen. Die besten Resultate bei der Entfernung intralaryngealer Carcinome gibt die Operation nach Laryngofissur; von Verf. Fällen starb keiner, 80% blieben rezidivfrei. Man muß sich hüten, die nach der Operation auftretenden Granulome für Rezidive zu halten. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Schilddrüse:

Dieterle, Th., L. Hirschfeld und R. Klinger: Zum Kropfproblem. Antwort auf den gleichnamigen Artikel E. Birchers gegen unsere Arbeiten (Schweizerische Rundschau für Medizin, 1914, Nr. 15). (*Hyg. Inst.. Univ. Zürich.*) Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **44**, Nr. 20, S. 621—626. 1914.

Antwort auf die Kritik Birchers der Arbeiten der Autoren über das Kropfproblem. Es wird nochmals hervorgehoben, daß bei der Nachprüfung der Bircherschen Arbeiten die Autoren fast überall entgegengesetzte Resultate erhielten. Sie schließen, daß die Kropfforschung die Theorie Birchers in Zukunft nicht weiter zu berücksichtigen braucht. *Albert Kocher.*

Birdsall, Edgar: Hyperthyroidism. Its control by the Röntgen ray. (Hyperthyreoidismus und seine Beeinflussung durch Röntgenstrahlen.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 21, S. 1032—1033. 1914.

Aus drei durch Röntgenbestrahlung der Struma gebesserten Fällen von Basedow, von

denen spätere Nachrichten fehlen, schließt Verf.: durch Röntgenbestrahlung der Basedowstruma werden gleich gute Resultate erzielt, wie durch Operation mit dem Unterschied, daß durch die Röntgenbestrahlung die Hypersekretion mit Sicherheit auf die Norm reduziert werden kann, was durch Operation nicht möglich ist. *Albert Kocher* (Bern).

Mac Callum, W. G.: The parathyroids. (Die Nebenschilddrüsen.) Monthly cyclop. a. med. bull. Bd. 7, Nr. 5, S. 269—270. 1914.

Das konstanteste Zeichen der Tetanie ist die Übererregbarkeit der Nerven durch jeden Reiz. Der Calciummangel ist dessen letzte Ursache, was daraus hervorgeht, daß Calciuminjektion die Tetanie kupiert. Ein im Blut kreisendes Gift ist bisher nicht gefunden und die Ursache des Calciummangels ist noch unbekannt. — Infantile Tetanie, die Tetanie der Schwangerschaft und Lactation, ebenso wie die von Verstopfung und von Magendilatation treten ein trotz bester Funktion der Nebenschilddrüsen. Hier scheint eine Störung des Kalkstoffwechsels zu einer Verminderung des löslichen Calcium in Blut und Gewebeflüssigkeit geführt zu haben. In solchen Fällen ist Besserung durch Beseitigung der Ursache dieser Störung zu erzielen, in allen anderen Fällen von Tetanie nicht Organfütterung, sondern Calciumtherapie anzuwenden. — *Ernst Schultze* (Berlin).

Dawson-Turner: Maladie de Basedow. (Basedowsche Krankheit.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. Jg. 17, Nr. 2, S. 103—105. 1914.

Der Autor empfiehlt den Ersatz der Röntgenbestrahlung der Schilddrüse bei der Behandlung des M. B. durch Radiumbehandlung. Diese biete den Vorteil einer exakten Dosierung und einer beliebigen Wiederholung der Kur, überdies könne die Behandlung ohne Belästigung des Kranken durchgeführt werden, während er im Bette liegt. Vier eigene Beobachtungen erweisen die günstige Wirkung dieses Behandlungsverfahrens. *J. Bauer* (Wien).

Barkan, Hans: On the simultaneous occurrence and interrelation of Basedow's disease and tabes. (Über das gleichzeitige Vorkommen von Basedow und Tabes und ihre Beziehungen zueinander.) (*II. eye clin. prof. Fuchs, Vienna.*) Boston med. a. surg. journ. Bd. 170, Nr. 25, S. 937—943. 1914.

Bericht über acht solche, in relativ kurzer Zeit beobachtete Fälle. Sie werden also wohl nicht so selten vorkommen, wie man bisher glaubte. In allen Fällen trat der Basedow erst lange Zeit nach dem Beginn der Tabes in Erscheinung. Wieweit dabei die Lues oder die für das Nervensystem spezifisch toxische Komponente oder schließlich der Jodgebrauch eine ursächliche Rolle spielen, müssen weitere Beobachtungen aufklären. *Ernst Schultze* (Berlin).

Brust.

Allgemeines:

Steinmann, Fr.: Thoraxchirurgie und Druckdifferenzverfahren. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. 18, Nr. 4, S. 319—346. 1914.

Sammelreferat.

Spéder, E., et E. Dubourg: L'adénopathie trachéo-bronchique latente chez l'enfant. Comparaison du radiodiagnostic et du diagnostic clinique. (Die latente Tracheo-Bronchialdrüsenerkrankung beim Kind. Vergleich der Röntgendiagnostik mit der klinischen Diagnostik.) Arch. d'électr. méd. Jg. 22, Nr. 382, S. 529—547. 1914.

Die Verff. empfehlen Momentaufnahmen in ventro-dorsaler Richtung. Aufnahmen in schräger Richtung brachten in keinem Fall wesentliche Ergänzungen; dies Verfahren wird meist überschätzt. In allen Fällen, in denen klinische Symptome tracheo-bronchialer Adenopathien bestanden, waren radiologisch Drüsen nachweisbar; bei klinisch unsicheren Fällen hat die Radiographie oft die Diagnose gesichert, außerdem aber oft viel präzisere Aufschlüsse über Ausdehnung und Lokalisation der Erkrankung vermittelt. — Von den klinischen Symptomen haben sich speziell zwei als gut brauchbar erwiesen, das d'Espinesche Symptom (Bronchophonie bei lauter oder Flüsterstimme über den Processus spinosi der Brustwirbel, vom ersten Brustwirbel abwärts) und das Symptom von Martin du Magny (Abschwächung der Intensität der aus-

cultierten Stimme und des Hustens vom Hilus nach der Basis zu). — Die Adenopathie ist häufig doppelseitig, und es finden sich oft intrapulmonale Drüsen außer den Hilusdrüsen. Hilusdrüsen waren radiographisch stets nachweisbar, wo das d'Espinesche Zeichen auf prävertebrale Drüsen schließen ließ. Gelegentlich fanden sich radiographisch auch intrapulmonale Drüsen bis zum Zwerchfell herab. — Zahlreiche Radiogramme sind beigegeben. *Ibrahim* (München).[M]

Brustwand:

Rosenthal, Georges: La résection expérimentale du sternum chez le lapin et l'exploration totale de la trachée. (Experimentelle Resektion des Sternum und totale Exploration der Trachea bei Kaninchen.) (*Hôp. Saint-Louis et clin. chirurg. de l'Hôtel-Dieu, Paris.*) Bull. de la soc. de l'internat des hôp. de Paris Jg. **11**, Nr. 5, S. 97. 1914.

Die experimentelle Freilegung des vorderen Mediastinum, der Trachea, des Perikardium und der großen Gefäße läßt sich unter trachealer Insufflation ohne jede Verletzung der Pleura sicher nach folgender Methode ausführen:

Allgemeinnarkose nach vorheriger subcutaner Injektion von 10—12 Tropfen Opium. Transversale Tracheotomie nach Röhmer und Einbindung eines starren Gummirohres, rhythmische Überdrucknarkose. Vertikalschnitt über dem Sternum, Desinsertion aller Muskelansätze. Durchschneidung des 2.—3. Rippenknorpels beiderseits, stumpfe Ablösung der Pleura von der Hinterfläche des Manubrium und Abtragung des Manubrium mit Meißel und Costotom; die Resektion nach abwärts läßt sich dann nach Belieben fortsetzen. Der beschriebene Weg bietet genügend Raum für Operationen am Herzen, den großen Gefäßen, der Trachea und der Thymus. Der exakte Nahtverschluß der Wunde bietet keinerlei Schwierigkeit. *Adler* (Berlin-Pankow).

Hadley, M. N.: Problems in the diagnosis of clinically doubtful tumors of the breast. (Zur Frage der Diagnosenstellung klinisch zweifelhafter Tumoren der Mamma.) Indianapolis med. journ. Bd. **17**, Nr. 5, S. 197—201. 1914.

Daß die Radikaloperation des Mammacarcinoms keine größeren Erfolge aufzuweisen hat, liegt daran, daß die Frauen zu spät zur Operation kommen. Mit der neuzeitigen Bewegung, das Publikum zu erziehen in allem, was die Gefahren, die Prophylaxe und die Wichtigkeit der Frühdiagnose des Krebses betrifft, tritt eine neue Ära im Kampfe gegen das Carcinom ein. Die Folge davon wird nämlich sein, daß viel mehr beginnende Fälle, deren Malignität klinisch noch nicht feststeht, in Behandlung kommen, und neue Kriterien gefunden werden müssen, um beginnende Malignität der Drüsenzellenveränderungen festzustellen. Die Indikationsstellung, ob der Tumor enucleiert, die Mamma excidiert oder Radikaloperation gemacht werden muß, wird immer schwieriger werden. Dazu wird die Explorativoperation immer mehr in den Vordergrund treten und ist die unmittelbare Diagnose während der Operation durch Gefrierschnitt oder makroskopisch nötig. Letzteres Verfahren läßt sich durch Übung noch bedeutend weiter ausbilden. In zweifelhaften Fällen würde durch abwartende Behandlung wie bisher, der ganze Zweck der Informierung des Publikums verfehlt sein. *Lamers* (Amsterdam).[G]

Brustfell:

Sorel, E.: De l'insufflation d'air dans la plèvre au cours de la thoracocentèse. (Lufteinblasung in die Pleura im Anschluß an die Thoracocentese.) Prov. méd. Jg. **27**, Nr. 24, S. 259—260. 1914.

Sorel empfiehlt die Einblasung filtrierter Luft im Anschluß an die Entleerung großer Pleuraexsudate. In erster Linie kommt die Methode in Betracht beim Hydrothorax nach Herz- und Nierenaffektionen, ferner bei Tuberkulose. Nicht zu empfehlen ist sie beim Empyem. Die Technik wird genau beschrieben.

Man bedient sich des einfachen Potainschen Apparates, mit welchem auch die Aspiration ausgeführt wird, und injiziert etwa halb so viel Luft, als Exsudat aspiriert wurde; keinesfalls darf das Volum der Luft dasjenige des entleerten Exsudates überschreiten. Die Methode ist absolut ungefährlich und erzielt eine sichere Kompression und Immobilisation der Lunge; die gefährlichen Zustände, welche man bei Entleerung großer, mit Organverschiebungen einhergehender Exsudate, insbesondere bei Herzaffektionen nicht selten beobachtet, werden sicher vermieden, wenn man das entleerte Exsudat alsbald durch Luft ersetzt. Es genügt, die Luft durch die in der Potainschen Flasche befindliche Flüssigkeit zu filtrieren, die von anderer Seite empfohlene Sterilisation der Luft ist überflüssig. Sorel glaubt nicht, daß der Stickstoff vor der gewöhnlichen Luft wesentliche Vorteile hat. Vier Krankengeschichten werden mitgeteilt. *Adler* (Berlin-Pankow).

Lungen:

Tribe, Enid M.: Vaso-motor nerves in the lungs. (Vasomotoren in den Lungen.) (*School of med. f. wom., London.*) Journ. of physiol. Bd. **48**, Nr. 2/3, S. 154—170. 1914.

Die Existenz von Vasoconstrictoren in den Lungen ist noch immer strittig. Im Anschluß an Brodie und Dixon wurden die Lungen (meist Katzen) in situ mit arteigenem defibriniertem Blut mittelst einer Pumpe durchblutet. Ausflußgeschwindigkeit aus dem linken Vorhof als Maß der Gefäßweite benutzt. Besonderer Wert wurde auf Temperaturkonstanz und darauf gelegt, daß der arterielle Druck 10—15 mm Hg nicht überschritt. Bei Katzen, Hunden, Kaninchen u. a. bewirken alle Adrenalinpräparate bei über 0,01 mg Vasoconstriction mit nachfolgender Dilatation. Dilatation allein noch nach 0,00002 mg wahrnehmbar. Reizung der Gangl. stellata wirkt schwach und unregelmäßig (dilatatorisch und constrictorisch). Nach Ergotoxin bleibt der constrictorische Effekt von Adrenalin aus, während der dilatatorische bestehen bleibt. Durchströmungsversuche an Arterienstämmen allein zeigen, daß die Wirkung nicht an ihnen, sondern an den Arteriolen angreift. Verf. schließt, daß Vasoconstrictoren sympathischen Ursprungs in den Lungen bestehen und daß negative Resultate auf zu hohen arteriellen Druck, auf Temperaturschwankungen, auf ungenügende Dosierungen und Verschiedenheiten der Adrenalinpräparate zurückzuführen sind. *Weizsäcker* (Heidelberg). M.

Hosemann: Fulminante Lungenembolie aus dem Saphenagebiet. (*Chirurg. Univ.-Klin., Rostock.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 22, S. 1122—1123. 1914.

60jährige Frau wurde wegen Mammacarcinoms operiert. Aseptischer, glatter Wundverlauf. Am 4. Tag fällt die Patientin vor ihrem Bett tot um. Bei der Sektion findet sich im Truncus der Art. pulm. dicht über den Klappen ein großer knäuelförmig zusammengelegter Embolus von 52 cm Länge und gleichmäßiger Dicke von ca. 5 mm Durchmesser; in seiner ganzen Länge zeigt er zahlreiche Ausgüsse von Klappensinus. Die Gefäße des Operationsgebietes — weithin aufgeschnitten — sind frei von Thrombosen; auch sonst im übrigen Gefäßgebiet ist nirgends eine Thrombose aufzufinden. Da Varicen mäßigen Grades an den Beinen bestanden, so ist wohl nach Form und Größe des Thrombus die V. saphena magna als Quelle der Lungenembolie anzusehen. *Dunzelt* (München). M.

Frank, Oskar, und Nikolaus v. Jagić: Zur Pneumothoraxtherapie der Lungentuberkulose. (*Sophienspit., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 25, S. 882 bis 883. 1914.

Frank und v. Jagic haben zwecks Studiums des Verhaltens einer gesunden, einem Pneumothorax ausgesetzten Lunge im Tierexperiment gearbeitet. Bei Hunden wurde ein rechtsseitiger Pneumothorax angelegt und durch sieben Monate hindurch in Intervallen von vier Wochen nachgefüllt. Bei der Sektion fand sich keine freie Flüssigkeit im Pleuraraum, keine glatte, sondern eine mit Granulationen bedeckte Pleura, und das Gesamtvolumen der Lunge war auf ein Drittel herabgesunken. Besonders stark komprimiert war der Oberlappen. Ein Versuch, die Lunge durch ein Gebläse wieder zur Entfaltung zu bringen, führte zur Entfaltung des Unter- und Mittellappens, während der Oberlappen atelektatisch blieb. Die histologischen Bilder zeigten eine dementsprechende, besonders starke Bindegewebsproliferation des Oberlappens mit Atelektase, während sich ein ähnliches Bild nur in den Randpartien des Unter- und Mittellappens nachweisen ließ. Auf Grund dieser Befunde wollen Verff. in Zukunft auch leichtere Fälle von Lungentuberkulose einem künstlichen Pneumothorax aussetzen und zwar aus der Überzeugung heraus, daß die gesunden Partien des Mittel- und Unterlappens nach Auflassen des Pneumothorax wieder zur vollen Funktion zurückkehren werden. *Plenz* (Charlottenburg-Westend).

Wilms: Die Fortschritte in der operativen Behandlung der Lungentuberkulose. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 654—684. 1914.

Phrenikotomie nach Stürtz als einziger Eingriff ist ohne nennenswerten Erfolg, da der meist erkrankte, durch Pleuraadhäsionen fixierte Oberlappen vom Hochstand des Zwerchfelles nicht betroffen wird. Als unterstützendes Moment

bei Pfeilerresektionen oder Plombenverwendung im Bereich des Oberlappens verdient die Nervendurchschneidung Beachtung. Der Horizontalschnitt ist dem Längsschnitt am M. sternokleidomastoideus aus kosmetischen Gründen vorzuziehen. Bei ausgedehnten Pfeilerresektionen erübrigt sich die Phrenikotomie, da sich hiernach der ganze untere Rippenbogen so nach hinten und innen drängt, daß dadurch schon ein Zwergfellhochstand erreicht wird. Zur Plombenbehandlung: Plomben nach Baer besitzen ein beträchtliches Einheilungsvermögen. Die Anwendung bedeutet einen kleinen Eingriff und schafft keine so schweren Störungen bei der Expektoration, wie die Pfeilerresektion. Im Gegensatz zur Fettplombe ist die Baersche Plombe weniger schmiegsam und die Befürchtung der Möglichkeit der späteren Ausstoßung bleibt immer. Größere Plomben erscheinen deshalb schon nicht empfehlenswert, sondern es ist vorteilhaft erst die Einstellung über dem Unterlappen und dann die Plombierung des Oberlappens zu machen. Außerdem kommen Fett, auto- und heteroplastisch, mit vorzüglicher Einheilungstendenz und speziell nach Wilms die resezierten Stücke der Rippen als Plombe in Betracht. Erneut betont W. seinen Standpunkt nach dem es Fälle von Oberlappentuberkulose, wenn auch wenige, gibt, bei denen eine tuberkulöse Erkrankung des Unterlappens noch nicht vorliegt, trotz vorhandener Rasselgeräusche, da diese rein katarrhalischer Natur sein können. In solchen Fällen begnügt sich W. mit der Resektion von 7—8 Rippen, um nicht unnötig gesundes Lungengewebe außer Funktion zu setzen. Sonst geht er, wie schon früher veröffentlicht und wie er jetzt noch einmal gegenüber manchen Autoren scharf betont, seit dem Juni 1912 gleichzeitig mit Sauerbruch mit ausgedehnteren Pfeilerresektionen vor.

Technik: Paravertebraler, unten winkelig abschwenkender Schnitt. Freilegung der Rippe. Kein Abschaben des Periosts. Längsführung des Elevatoriums erst am oberen Rande nach außen, dann am unteren Rande wirbelwärts, dann Resektion. Quetschung aller Intercostalweichteile mit Pincen zwecks Blutstillung und Herabsetzung der Schmerzempfindung. Hiernach Vergehen immer 2—3 Wochen, manchmal sogar Monate bis die Gefühllosigkeit der betroffenen Seite verschwunden ist. Dementsprechend aber sind auch die Hustenstöße weniger schmerzhaft Empfehlenswert ist als Verband allein ein Heftpflasterverband.

Die Erfolge als Spätresultate aus den Jahren 1911 und 1912 sind bei 23 Fällen: 4 geheilt, 9 wesentlich gebessert, 4 gebessert, 1 verschlechtert und 5 später gestorben. Abbildungen und Krankengeschichten begleiten und begründen diese Ausführungen.

Plenz (Charlottenburg-Westend).

Moeller: Die Blindschleichentuberkulose (Kaltblütertuberkulose) als Heil- und Immunisierungsmittel bei Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **31**, H. 3, S. 519—540. 1914.

Chelini, Alberto: Cinque casi di ciste di echinococco polmonare. (Fünf Fälle von Lungenechinokokkus.) (*Osp. civ., Piombino.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr. 70, S. 737—741. 1914.

Im Anschluß an fünf Fälle von Echinokokkus der Lunge wird die Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose und Therapie dieser Erkrankung besprochen, ohne daß Neues beigebracht wird. Die Cysten wurden beim Fehlen von Pleuraverwachsungen einzeitig, sonst in zweizeitiger Operation freigelegt, punktiert und ausgeleert; die Cystenwand konnte in drei Fällen mit der Pinzette entfernt werden, in 2 Fällen hatte sich die tamponierte Cyste am nächsten Tag abgestoßen. Tamponade der Wundhöhle. In allen Fällen Heilung in 28—63 Tagen. *Nägelsbach.*

Herzbeutel, Herz:

Moog, O.: Zur Punktion großer Herzbeutelergüsse. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Therap. Monatsh. Jg. **28**, H. 6, S. 430—432. 1914.

Ein großer Perikardialerguß nach einer Polyarthritis rheumatica wurde, nachdem drei Punktionen von der vorderen Brustwandung nur geringen Effekt hatten, mehrmals von hinten (8. Intercostalraum etwas median von der hinteren Axillarlinie) mit gutem Erfolge punktiert. Nach der letzten Punktion entstand ein Seropneumothorax, der jedoch bald zur Resorption kam. Völlige Heilung. Diese Punktion von der hinteren Brustwand aus, ist — wie Heinrich Curschmann und später Hans Curschmann dargetan haben — zur wirksamen Entfernung des Exsudats manchmal notwendig.

Dunzelt (München).

Pieri, Gino: La cura chirurgica diretta delle cardiopatie valvolari. (Die chirurgische direkte Behandlung der Herzklappenfehler). Riv. osp. Bd. 4, Nr. 10, S. 472 bis 479. 1914.

Die Arbeit bespricht die chirurgische Behandlung der Herzklappenstenosen. Um am Herzen operieren zu können, muß der Operateur wissen, daß an ihm einige Zonen existieren, durch deren Schädigung sofortiger Herzstillstand hervorgerufen wird. Derartige Zonen sind das Septum der Vorkammern und Kammern, der Sulcus longitudinalis anterior an der Grenze des mittleren und oberen Drittels, die Basis des Herzohrs in der Nähe der Einmündungsstelle der Venae cavae (Hisssches Bündel). Außerdem ist das ganze Endokard wegen seines Nervenreichtums sehr sensibel. Die Unterbindung der Arteria coronaria vor ihrer Teilung ruft ebenfalls augenblicklichen Herzstillstand hervor, während die Vena coronaria etwas entfernt von ihrer Ursprungsstelle ungestraft unterbunden werden kann. Um am Herzen blutleer operieren zu können, hat man bei Tieren die Hohlvenen zeitweilig abgebunden, was für ganz kurze Zeit von den Tieren vertragen wurde. Die temporäre Unterbindung der Venae pulmonales ruft in wenigen Minuten den Tod hervor, während die Unterbindung einzelner Äste der Venae pulmonales vertragen wird, die temporäre Ligatur der Aorta und Arteria pulmonalis darf nicht über 45 Sekunden dauern, die temporäre Unterbindung eines dieser letzteren beiden großen Blutgefäße wird von Tieren etwas länger vertragen. Um die Stenose der Herzklappen, z. B. der Mitralis, zu beseitigen, kommt die stumpfe oder blutige Erweiterung von einer in der Carotis oder der Ventrikelwand angelegten kleinen Öffnung aus — Valvulotomia interna — oder die Durchtrennung von außen nach innen — Valvulotomia externa — in Betracht. Diese Operationen sind bisher an Menschen kaum ausgeführt worden. Doyen hat einmal die Valvulotomia interna gemacht, der Patient ist aber bald nach der Operation gestorben (franz. Chirurgenkongreß, Oktober 1913). Tuffier erweiterte einmal eine Aortenstenose mit seinem durch eine kleine Öffnung in der Ventrikelwand eingeführten Finger, angeblich ist hierdurch Besserung erzielt. (Presse médicale 22, 1914, mars.) *Herhold* (Hannover).

Proust, Robert: Distant results of a suture of the heart following a wound by pistol-shot. (Fernresultate einer wegen Pistolenschußverletzung vorgenommenen Herznaht.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 968—974. 1914.

Nachuntersuchung eines zur Zeit der Operation 14 Jahre alten Patienten, bei dem vom Verf. vor 4 Jahren die Naht einer perforierenden Schußwunde des linken Ventrikels nahe der Spitze ausgeführt worden war. Die Auscultation und das Elektrokardiogramm ergaben, daß die Herzfunktion fast regelrecht war. Die Herzspitze lag etwas näher dem Sternum als normal. Die radiologische Untersuchung des Herzens und des Oesophagus zeigte, daß eine Stelle des linken Ventrikelrandes an den Herzbewegungen nicht teilnahm, und daß unterhalb dieser Stelle der Herzschatten in einem kleinen Bezirk aufgehellt erschien. Auf Grund dieses Befundes wird angenommen, daß es sich um eine Verwachsung von Herz und Herzbeutel an der stillstehenden Stelle und um eine Wandverdünnung in der Gegend der Narbe handelt. Die Durchleuchtung der Speiseröhre ergab eine Verdünnung ihres Kalibers vom Ursprung der großen Gefäße an bis zum Diaphragma, die auf eine Verletzung der Außenschicht der Oesophaguswand und Verwachsungen der Speiseröhre mit dem Herzbeutel bezogen wird. Der Verletzte hatte in der Tat nach der Operation über Schluckbeschwerden geklagt. *Läwen* (Leipzig).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Gorbakowsky, Doba: Diagnostische Untersuchungen des Antitrypsingehaltes und der Leukocytose bei Laparotomien. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg i. E.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 19, H. 3, S. 461—478. 1914.

Verf. hat bei 50 gynäkologisch operierten Frauen vor und nach der Operation den Antitrypsingehalt und die Leukocytenzahl bestimmt und kommt, nach Mitteilung der einschlägigen Literatur und der benutzten Methode, auf Grund der Tabellen zu dem Resultat, daß eine differentialdiagnostische oder prognostische Bedeutung weder dem Antitrypsingehalt noch der Leukocytenzahl

zukommt. Bei der Differentialdiagnose zwischen benigner und maligner Neubildung ist ein hoher Antitrypsingehalt (1,8) verbunden mit normaler oder nur wenig gesteigerter Leukocytenzahl für Carcinom sehr verdächtig, während ein normaler oder nur wenig gesteigerter Antitrypsingehalt mit einiger Wahrscheinlichkeit für eine benigne Neubildung spricht. Ein Antitrypsingehalt über 1,8 post operationem hält Verf. nicht für prognostisch ungünstig. Da die Ölbehandlung des Peritoneums eine Leukocytenvermehrung verbunden mit einer Steigerung des Antitrypsingehalts bewirkt, wodurch die Widerstandskraft des Organismus wächst, empfiehlt Verf. die Applikation von Öl überall, wo Infektionsgefahr zu befürchten ist. *Blezinger* (Stuttgart).

Bonifield, Charles Lybrand: Drainage in abdominal and pelvic surgery. (Drainage in der abdominalen und Beckenchirurgie.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 12, S. 534—539. 1914.

Öffelmann: Der Schulterschmerz (das Fernsymptom des N. phrenicus) bei den akuten chirurgischen Erkrankungen der Bauchhöhle. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 225—276. 1914.

Verf. hat nach genauer Berücksichtigung der Literatur auf Grund der Beobachtung an einem großen klinischen Material die Entstehung und Bedeutung des sogenannten Schulterschmerzes studiert. Derselbe wird durch Reizung des Phrenicus, welcher auch sensible Fasern führt, hervorgerufen und tritt isoliert ferne vom eigentlichen Krankheitsherd im Nacken, in der Supraclaviculargegend und im Oberarme auf. Der Reiz springt im Rückenmark von den Ästen des Phrenicus wahrscheinlich durch Vermittlung von Ganglienzellen auf die sensiblen Äste des 3.—5. Cervicalis über, wodurch eben der Schmerz ausgelöst wird. Am häufigsten tritt er bei den akuten chirurgischen Erkrankungen der Bauchhöhle auf, mit welchen sich Verf. hauptsächlich befaßt. Das Auftreten des Schmerzes weist auf eine Reizung des Zwerchfelles hin, wenn er rechtsseitig ist auf Beteiligung der rechten, wenn linksseitig der linken Zwerchfellhälfte. Der Schulterschmerz kann früher, später oder zugleich mit dem Abdominalschmerz auftreten. Die Phrenicusreizung wird durch entzündliche, mechanische oder chemische Ursachen bedingt. Der Reiz muß dabei eine gewisse Intensität besitzen, ziemlich schnell eintreten und eine Zeit anhalten. Diese Bedingungen werden von allen Erkrankungen der Bauchhöhle erfüllt, bei denen es plötzlich zu einer größeren Flüssigkeitsansammlung im subphrenischen Raum kommen kann. Vor allem sind hier das perforierte Magen- und Duodenalgeschwür zu nennen, bei welchem der Schulterschmerz nur ausnahmsweise fehlt. Bei der akuten Appendicitis und Pankreatitis tritt er nicht auf. Ferner konnte ihn Verf. bei geplatztem Pyosalpinx bei Tubargravidität bei Leberabscessen und schließlich bei Milz- und Leberverletzungen nachweisen. Der Zweck der Arbeit ist, die Bedeutung des isoliert auftretenden Schulterschmerzes als einfaches und jedermann zugängliches Hilfsmittel zur Stellung der Diagnose hervorzuheben. Außerdem kann er in manchen Fällen einen Fingerzeig für den Operationsweg geben. *v. Winiwarter* (Oberhollabrunn).

Meyer, Willy: Der Siegeszug der Beckenhochlagerung. (*Dtsch. Hosp., New York.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 306 bis 320. 1914.

Im Jahre 1882 hat Trendelenburg die erste Blasenoperation in Beckenhochlagerung ausgeführt, die seither Gemeingut aller Chirurgen geworden ist. Einzelne Kapitel der operativen Chirurgie sind durch die Beckenhochlagerung geradezu erst erschlossen worden, wie die Chirurgie des im kleinen Becken liegenden Ureterabschnittes; die weitgehenden Resektionen der Blase wegen Ca., die Wertheimsche Operation beim Ca. des Uterus und andere haben erst durch dieselbe die nötige Sicherheit der technischen Ausführung erlangt. — Auf die Gefahren von seiten des Herzens bei Beckenhochlagerung hat Trendelenburg selbst aufmerksam gemacht, bei Herzfehlern, Myokarditis, Arteriosklerose und großer Fettleibigkeit vor ihr gewarnt, und empfohlen, niemals länger als 5—10 Minuten die Beckenhochlagerung anzuwenden und die Erhöhung des Beckens nie über einen Winkel von 45 Grad

zu treiben. Gleiche Vorteile wie die Beckenhochlagerung — Übersichtlichkeit, Blutleere — gewährt auch die Erhöhung des Beckenendes in Bauchlage bei Operationen am Mastdarm. *Kindl* (Kladno).

Grunert, E.: Zur Beckenhochlagerung. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 146—167. 1914.

Die von Trendelenburg eingeführte Beckenhochlagerung war zunächst nur für Operationen an der Blase bestimmt. Durch sie sollte das Blaseninnere infolge des im kleinen Becken entstehenden negativen Druckes ohne Eröffnung des Peritoneums zur Entfaltung gebracht werden. Kocks hat das Prinzip der Beckenhochlagerung auf Operationen mit offenem Peritoneum übertragen, das dann von Trendelenburg weiter ausgebildet worden ist. Als notwendig hat es sich erwiesen, die Hochlage jederzeit schnell in eine Horizontallage umzuwandeln. Dies ermöglicht der von Trendelenburg angegebene Operationstisch. Die Bauchnaht soll in Horizontallage vorgenommen werden, weil sich dadurch das der Hochlagerung zugeschriebene Hautemphysem und die von Schauta beobachtete Achsendrehung des Dünndarms vermeiden läßt. Ob diese übrigens auf die Lagerung zurückzuführen ist, ist ebenso fraglich wie die Störungen, seitens des Herzens und der Lunge, die nach Beckenhochlagerung zuweilen beobachtet worden sind (Duehrsen, von Eiselsberg, Rotter, Kraske). Kraske hat zwei Fälle von postoperativem mechanischem Darmverschluß im Anschluß an eine in Beckenhochlagerung ohne Eröffnung der Bauchhöhle ausgeführte Sectio alta beobachtet. In einem der Fälle ist die Entstehung der Achsendrehung durch den großen Fettreichtum des Netzes begünstigt worden. Außerdem fanden sich bei der Sektion dieses Falles zahlreiche Hämorrhagien in der Magenschleimhaut, in deren Mitte Ulcerationen bestanden. Weitere Gefahren kann die Beckenhochlagerung herbeiführen durch Aspiration von Erbrochenem und Thrombosierung der Schenkelvenen (Ohlshausen). All diese Übelstände lassen sich aber vermeiden, „wenn man die Beckenhochlagerung nicht länger als etwa 10 Minuten ohne Zwischenpause von einigen Minuten anwendet, sobald es sich um ältere oder herzschwache Personen handelt; vor Schluß der Bauchhöhle die Beckenhochlagerung unbedingt in horizontale Lage umwandelt; sehr korpulente Personen von der Beckenhochlagerung ausschließt". *Brentano* (Berlin).

Bauchwand:

Greggio, Ettore: Sur la greffe aponévrotique libre. (Über die freie Fascientransplantation,) (*Roy. inst. de pathol. chirurg. et clin. propédeut. chirurg., univ., Padoue.*) Lyon chirurg. B. **11**, Nr. 6, S. 588—598. 1914.

In praktischer Hinsicht benutzte Verf. bei mehreren Fällen von rezidivierenden Inguinalhernien, wo die Bauchwand im Bereich des Bruches infolge der atrophischen Muskulatur für eine Radikaloperation nicht ausreichte, mit gutem Erfolge die freie Fascientransplantation; ebenso bei Nabelhernien und in einem Fall von sehr ausgedehntem Substanzverlust der Bauchwand, der vorher schon sechsmal von anderen Chirurgen ohne Erfolg operiert worden war. Das Resultat war 15 Monate nach der Operation ein vorzügliches. Experimentell resezierte er bei 10 Hunden im Bereich des oberen Abdomens die gesamte Muskulatur, das Peritoneum blieb meist intakt, die autoplastisch transplantierte Fascie des Oberschenkels wurde mit Seide an die oberflächliche Fascie des fortgenommenen Muskels vernäht, darüber Hautnaht. Nach 50 bis 200 Tagen wurden die Tiere getötet, histologisch zeigte die Fascie — wie das schon andere Untersucher vor ihm festgestellt haben — keine nennenswerten Veränderungen, so daß man also in praktischer Beziehung mit einem wirklichen Dauererfolg rechnen kann. Bei der Anführung deutscher Autoren sind die Namen derselben recht oft in falscher und zu Verwechslungen Anlaß gebender Weise zitiert. *Valentin* (Berlin).

Bauchfell:

Moore, S. B.: Method of treatment of general peritonitis, with report of cases. (Verfahren zur Behandlung von allgemeiner Bauchfellentzündung unter Anführung von Fällen.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 4, S. 91—94. 1914.

Neben halbsitzender Bettlage und Tropfeneinlauf in der Nachbehandlung werden bei allgemeiner Bauchfellentzündung heiße Spülungen des Bauchfells mit Kochsalzlösung von 120—150° F (gleich 50—65° C) angewendet. Wegen der hohen Wärmegrade

darf der mittels weichem Gummischlauch unmittelbar in die Bauchhöhle gerichtete Wasserstrahl nur kurze Zeit auf dieselbe Stelle des Bauchfells wirken. Außer drei kurzen Krankengeschichten als Beleg werden einige theoretische Gründe für die heiße Spülung angeführt. *zur Verth* (Kiel).

Hall, J. N.: Abdominal rigidity. (Bauchdeckenspannung.) Arch. of diagn. Bd. 7, Nr. 2, S. 135—139. 1914.

Die Bauchdeckenspannung ist ein wichtiges Symptom bei allen entzündlichen Erkrankungen innerhalb der Bauchhöhle, kommt aber auch bei Bleivergiftungen, bei Erkrankungen der Abdominalwand, bei Thrombosen und Embolien der mesenterialen Gefäße vor, ferner reflektorisch bei Erkrankungen von Organen, die überm Zwerchfell liegen (Pneumonie, Mediastinitis). *Kindl* (Kladno).

Hernien:

Haynes, Irving S.: Further experiences with the inversion method for the treatment of giant ventral hernia. (Weitere Erfahrungen mit der Einstülpungsmethode bei der Behandlung von Riesenbauchbrüchen.) Americ. journ. of surg. Bd. 28, Nr. 6, S. 213—219. 1914.

Verf. hat bisher 14 Fälle von Bauchbrüchen und Nabelhernien nach einer, von ihm genau geschilderten Methode mit Erfolg operiert. 6 davon waren Riesenbauchbrüche, die anderen waren Hernien mittlerer Größe. Prima Heilung bei 12 Fällen, eine oberflächliche Eiterung, die Heilung eines anderen Falles durch Fascieneiterung und Kotfistel verzögert. Im übrigen keine postoperative Komplikation durch den vermehrten intraabdominellen Druck; der Stuhlgang erfolgte stets am 2. oder 4. Tage, keine Darmschädigung durch die gelegten Nähte.

Durch elliptische Schnitte wird der Bruchsack in ganzer Ausdehnung freigelegt; gewöhnlich wird der Teil des Bruchsacks, der in der Mitte der Ellipse festhaftet, mitgenommen und so der Peritonealsack eröffnet; Netzteile, die an dieser Stelle meist stark verdickt sind, werden ebenfalls abgetragen. Bevor die Bruchsacköffnung verschlossen ist, wird die erste Reihe von Matratzennähten — 2—3 cm von der Bruchsacköffnung entfernt — durch den Bruchsack gelegt, und dieser dadurch in die Bauchhöhle eingestülpt. Er dient so als feste Pelotte. Diese Nahtreihe kann auch ohne Eröffnung des Bruchsackes gelegt werden. Dann werden der Reihe nach Fascie, Muskulatur mit Chromcatgut herangeholt; das eingelegte Drain soll 3 Tage liegen.

Klare Zeichnungen und Krankengeschichten erläutern die Güte dieser Methode. *Koch* (Bochum).

Corlette, C. E.: Two remarkable hernia cases. (Zwei bemerkenswerte Fälle von Hernienbildung.) Australas. med. gaz. Bd. 35, Nr. 21, S. 458—459. 1914.

Veau, Victor: Appendicite chronique et hernie inguinale. (Chronische Appendicitis und Leistenbruch.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. 18, Nr. 12, S. 409 bis 411. 1914.

Auf Grund von 53 eigenen Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Wenn ein Kind mit Leistenbruch über Bauchschmerzen klagt, soll man immer an Appendicitis denken und daraufhin untersuchen (24 Fälle). Das gleiche gilt für Schmerzen bei ektopischem Hoden (4 Fälle), der an sich bei Kindern ebensowenig Schmerzen verursacht wie der freie Leistenbruch. Auch manche Einklemmungs- und Entzündungserscheinungen von Brüchen entpuppten sich als Appendicitis im Bruchsack (7 Fälle). Wenn der Wurmfortsatz bei der Radikaloperation der rechtsseitigen Leistenhernie nicht leicht erreichbar ist, ist es zweckmäßiger, ihn durch eine iliacale Incision zu entfernen als vom verlängerten Bruchschnitt aus, besonders wenn Verwachsungen zu erwarten sind. *v. Khautz* (Wien).

Magen, Dünndarm:

Bastedo, Walter A., and Leon Theodore Le Wald: The determination of surgical conditions of the stomach in chronic cases. (Über die Abgrenzung der chirurgische Behandlung erfordernden Zustände bei chronischen Magenkrankheiten.) New York State journ. of med. Bd. 14, Nr. 6, S. 312—319. 1914.

Fagge, C. E.: Some cases of dyspepsia and their surgical treatment. (Einige Fälle von Verdauungsstörungen und ihre chirurgische Behandlung.) Clin. journ. Bd. **43**, Nr. 24, S. 369—375. 1914.

Es handelt sich um Fälle von Stase mit mechanischer Abknickung des Ileum, bei denen der Wurmfortsatz mit erkrankt oder frei sein kann. Die Veröffentlichung von Lane hat sie neuerdings in den Vordergrund des Interesses gerückt. Die Patienten klagen über Schmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, oft typischen Hungerschmerz und haben zumeist erheblich gesteigerte Salzsäurebildung, so daß der Verdacht auf ein Ulcus ventriculi oder duodeni naheliegt, andere bieten mehr das Bild einer Cholecystitis oder einer Appendicitis. Gewöhnlich paßt aber der Symptomenkomplex auf keine dieser Erkrankungen genau. Die Diagnose Ulcus wird nach Ansicht des Verf. viel zu häufig gestellt, und die Bemerkung von Moynihan, der gewöhnlichste Sitz eines Magengeschwürs sei die Fossa iliaca dextra, scheint auch ihm der Wahrheit nahezukommen. Das Verdienst, zuerst auf diese Zusammenhänge hingewiesen und die Appendektomie als Therapie gefordert zu haben, wird Ewald zuerkannt. Für die eigentliche Ursache der Krankheitssymptome hält Verf. aber nicht die Entzündung des Wurmfortsatzes als solche, sondern die Abknickung des untersten Ileumabschnittes, die häufig durch einen adhärenten Wurmfortsatz, nicht selten aber auch durch ein Lanesches Band verursacht wird. Durch diese Abknickung entsteht eine Stauung des Darminhaltes und die dadurch bewirkte Intoxikation löst die oben genannten Beschwerden aus. Daß die Appendektomie allein für viele solcher Fälle nicht genügt, ergibt sich daraus von selbst. Für die operative Behandlung ergeben sich vielmehr zwei Wege: 1. Appendektomie und Beseitigung einer etwaigen Abknickung des Ileums. Wenn der adhärente Wurmfortsatz die Abknickung verursacht, kann auch die Appendektomie allein Erfolg haben. Sonst muß außerdem das anormale Peritonealband durchtrennt werden, was wegen der Entblößung großer Flächen von ihrem Peritonealüberzug nicht immer ein harmloser Eingriff ist. 2. In diesem Falle zieht Verf. die Ileosigmoideostomie end-to-side vor, einerseits wegen der größeren Sicherheit gegen Rezidive, dann aber auch weil dieser Eingriff angeblich besser vertragen wird als die Durchtrennung der Peritonealbandes, nach der Verf. drei Todesfälle infolge von paralytischem Ileus erlebte. Die angeführten 6 Schulfälle wurden zunächst mit Appendektomie und Lösung des untersten Ileumabschnittes behandelt, in 2 Fällen wurde wegen Wiederkehr der Beschwerden später die Ileokolostomie gemacht, der endgültige Ausgang ist bei allen noch fraglich. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Emge, Ludwig A.: Diffuse, phlegmonous, idiopathic gastritis. (Diffuse phlegmonöse idiopathische Gastritis.) (*Rush med. coll., Chicago.*) Transact. of the Chicago pathol. soc. Bd. **9**, Nr. 3, S. 82—88. 1914.

Es sind bisher nur 50 Fälle beschrieben, meist handelte es sich um Streptokokkeninfektion. Ätiologisch kamen Alkoholismus, Diätfehler, Trauma, Puerperalfieber, Gelenkrheumatismus, Erysipel, Typhus und Unterernährung in Betracht. Männer im Alter von 20—40 Jahren sind am häufigsten betroffen. Die Erkrankung beginnt mit Schmerzen, Erbrechen galliger Massen, denen Schleimfetzen beigemengt sind, hohen Temperaturen, Schüttelfrösten, Bauchdeckenspannung; in 95% tritt der Tod an diffuser eitriger Peritonitis ein. Die Diagnose wurde selten, meist bei der Operation gestellt. Drainage oder Totalexstirpation des Magens wurde ausgeführt. Die Magenwandung ist verdickt, succulent, mit Eiter durchsetzt, die Schleimhaut graugrün und hebt sich in Fetzen ab. Bei der mikroskopischen Untersuchung seines Falles fand Verf. lange Streptokokkenketten. *Rittershaus* (Düsseldorf).

Smith, Oliver C.: Needle protruding through wall of stomach. (Durchwanderung einer Nadel durch die Magenwand.) Med. rec. Bd. **85**, Nr. 24, S. 1064. 1914.

Bei einer Patientin mit unabhängig von den Mahlzeiten anfallsweise auftretenden heftigen Schmerzen in der Magengegend, Gewichtsabnahme und Blutbrechen in geringen Mengen fand sich im Röntgenbild eine Nadel, die aus der vorderen Magenwand in der Nähe des Pylorus an

der kleinen Kurvatur in die Peritonealhöhle hineinragte. Dieselbe wurde operativ entfernt und war vom Magensaft so arrodiert, daß sie nach der Extraktion durchbrach. Übernähung der Durchstichstelle, Heilung. Das Röntgenbild ist wiedergegeben und zeigt den Befund deutlich. Ein ähnlicher von Nicoll veröffentlichter Fall wird aus der Literatur erwähnt. *Hochheimer.*

Rhodes, Goodrich B.: Notes on a case of acute postoperative dilatation of the stomach. (Ein Fall von akuter postoperativer Magendilatation.) Americ. journ. of surg. Bd. 28, Nr. 6, S. 235—236. 1914.

18jähriger Patient. In der vorderen linken Axillarlinie entsprechend dem 10. Intercostalraum Stichverletzung, aus der sich ein Stück Netz drängt. Sofortige Operation, keine Verletzung der Baucheingeweide, Drainage. Am 3. Tage Ruhelosigkeit und Erbrechen grünlicher Massen. Kein Stuhl. Therapie: Eserinum salicylatum, Strychninsulphat und Magenspülungen. Verschlechterung, Singultus, am 5. Tage aber nach Gabe von 2 Unzen Wismutcarbonat Wendung zum Bessern. Am 4. Tage wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, die eine absolute Magenatonie erkennen ließ. Harnausscheidung andauernd normal. Der beschriebene Fall von akuter Magendilatation gehört offenbar zu den sog. neuropathischen, da es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um direkte Durchtrennung oder indirekt durch reparative Vorgänge im Bereich der Zwerchfellwunde bedingte Alteration von Fasern aus dem Plexus solaris handelt. Das Auftreten von Singultus würde ebenfalls nach dieser Richtung weisen. Den Magenspülungen kommt in therapeutischer Beziehung hohe Bedeutung zu. Am besten ist es, nach allen Bauchoperationen, unmittelbar nach der Operation, dem Patienten Magenspülungen zu verabreichen.

Saxinger (München).

Thomas, J. Lynn: On a direct intragastric method of treating certain ulcers of the stomach by removal par morcellement of unhealthy tissues, and mobilizing healthy gastric mucous membrane. (Über eine direkte intragastrische Methode zur Behandlung gewisser Magengeschwüre durch Entfernung kranken Gewebes „par morcellement" und Mobilisierung gesunder Schleimhaut.) Brit. med. journ. Nr. 2788, S. 1228—1229. 1914.

Verf. bediente sich bei der Operation mehrerer Fälle von mit Pankreas verwachsenem Ulcus der Hinterwand des Magens folgenden Vorgehens: Nach Gastrotomie 1. Abschaben allen kranken Gewebes vom Zentrum des Geschwüres aus mit scharfem Löffel. 2. Thermo-Kauterisierung der Wundfläche. 3. Mobilisierung der umgebenden Magenschleimhaut mit Cooperscher Schere. 4. Entfernung ungesunder Teile der Schleimhaut. 5. Vernähung der gesunden Schleimhaut. 6. Gastrotomie wird in 3 Etagen verschlossen. In allen Fällen gute Resultate. Keine Erfahrungen über auf gleiche Weise operierte Ulcera pylori oder duodeni. Auf die angegebene Art ist die Operation besonders bei verwachsenen Geschwüren leichter auszuführen und bedeutend weniger gefährlich als die Excision der ganzen Wanddicke des Magens, da die Schleimhaut leicht zu mobilisieren ist. Sie hat mehr Effekt bei Ulcus des Mittelteiles des Magens als die Gastroenterostomie die bei diesem Sitze des Geschwüres zwecklos ist. *Mendelsohn* (Straßburg).

Nicolaysen, Johan: The value of Gluzinski's test in the diagnosis of gastric ulcer. (Über die Bedeutung der Gluzinskischen Probe bei der Diagnose des Magengeschwürs.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 821—827. 1914.

Die von Gluzinski angegebene, von Kocher neuerdings empfohlene Untersuchung des Magenchemismus basiert auf der Voraussetzung, daß das Magencarcinom sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aus einem chronischen Ulcus entwickelt. Erst wenn es durch das Fortschreiten des Carcinoms zu einem mukösen oder atrophischen Katarrh gekommen ist, hört die Salzsäureproduktion auf, während im Laufe der Entwicklung des Krebses noch eine gewisse Salzsäuremenge ausgeschieden wird. Um den Grad der sekretorischen Insuffizienz festzustellen, geht Gluzinski folgendermaßen vor:

1. Ausheberung bei nüchternem Magen, 2. Probefrühstück, bestehend aus dem Weißen eines gekochten Eies und 200 ccm Wasser; nach $^3/_4$ Stunden Ausheberung, 3. unmittelbar darauf Probemahlzeit, bestehend aus einem Beefsteak und 250 ccm Wasser, welche nach $3^3/_4$ Stunden ausgehebert wird. Vor und nach dem Probefrühstück wird der Magen ausgespült. In Fällen von Ulcus ergeben nicht nur beide Probemahlzeiten freie Salzsäure, sondern die Menge der letzteren ist nach der zweiten Probemahlzeit sogar größer. Handelt es sich um ein beginnendes Carcinom, so ist nach dem Probefrühstück freie Salzsäure nachweisbar, dagegen fehlt sie fast oder gänzlich in der

Probemahlzeit. Nach Borghis und Petit fand unter 30 Fällen der Ausfall der Probe 27 mal durch die Operation eine einwandfreie Bestätigung. Pavlow, Hoenberg und Backer-Grondahl konnten teils an Tieren, teils an Patienten mit einer Magenfistel eingehende Kontrollversuche anstellen. An der chirurgischen Universitätsklinik in Christiania fand die Gluzinskische Probe in 86 Fällen Anwendung; es handelte sich um 25 Fälle von Magengeschwür, 9 Fälle von Ulcus duodeni, 21 Fälle von Magencarcinom, 15 Fälle von Gastro-enteroptose, 11 Fälle von chronischer Appendicitis und 5 Fälle von Cholelithiasis. In allen Fällen von Magengeschwür fiel die Probe positiv aus. Auch bei den Magencarcinomen konnten Nicolaysen und Backer-Grondahl die Richtigkeit der Angaben Gluzinskis bestätigen, fanden aber in einigen anderen nichtcarcinomatösen Fällen eine starke Abnahme der Acidität in der zweiten Probemahlzeit, so in mehreren Fällen von Gastroenteroptose, die mit schwerer Obstipation verbunden waren und in zwei Fällen, in denen Verwachsungen zwischen Duodenum und Gallenblase bestanden. Im Hinblick auf diese Resultate ist die Gluzinskische Methode also nicht absolut verläßlich, immerhin aber verdient sie den Vorzug vor den anderen. *Saxinger* (München).

Friedenwald, Julius, and F. H. Baetjer: On the value of X-ray examinations in the diagnosis of ulcer of the stomach and duodenum. (Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwüres.) Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. **28**, S. 157—175. 1913.

Aus den mitgeteilten 20 Fällen geht hervor, daß die Röntgenuntersuchung bei gewissen Fällen von Ulcus ventriculi (Sitz des Ulcus an der Vorderseite und großen Kurvatur mit konsekutivem Pylorospasmus für die Diagnose) ausschlaggebend ist. Bei Ulcus duodeni stellt die Röntgenuntersuchung die Hypermotilität des Magens sowie die Verziehung des Duodenums fest. Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi kann häufig nur durch die Röntgenuntersuchung gestellt werden. Sie kann ferner die Prognose bezüglich der Heilung des Geschwüres mit ziemlicher Sicherheit angeben. *Roubitschek* (Karlsbad).

Kümmell, Hermann: Zur Pathologie und Chirurgie des Ulcus duodeni. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 23, S. 1161—1166 u. Nr. 24, S. 1210—1212. 1914.

Kümmell beantwortet zunächst die Frage, ob sich das Ulcus duodeni in letzter Zeit als solches dem Magengeschwür gegenüber in der Tat so plötzlich vermehrt hat, oder ob es uns deshalb häufiger entgegentritt, weil sich ihm das klinische Interesse mehr zugewendet hat, im letzteren Sinne. Häufig wurden Ulcera des Duodenums mit Magengeschwüren verwechselt; oft gelingt es auch, Magenerkrankungen, die früher unter anderer Diagnose behandelt wurden, als Duodenalulcera zu erkennen. Die große Zahl der in England und Amerika beobachteten und operierten Fälle glaubte man zunächst auf klimatische oder Ernährungsverhältnisse zurückführen zu können, doch hat die intensivere Aufmerksamkeit ergeben, daß die Erkrankung auch in Deutschland nicht so selten vorkommt, wie man bisher annahm. Durch genauere Differenzierung der sich räumlich eng berührenden, aber in ihren klinischen Erscheinungen wesentlich verschiedenen Geschwürsformen des Pylorus und des Duodenums hat sich auch in Deutschland in den letzten Jahren das Zahlenverhältnis zugunsten des 2. immer mehr verändert. Das männliche Geschlecht überwiegt dabei wesentlich das weibliche. Als Ursache für die Entstehung der Duodenalulcera sieht K. in der Hauptsache embolische Prozesse an, die ausgehen von den verschiedensten Krankheiten, besonders des Dünndarms; so tritt das Ulcus duodeni häufig auf im Anschluß an Laparotomien, speziell nach Appendicitiden und Appendektomien; dazu kommt dann die verdauende Wirkung des Magensaftes. Von großer Bedeutung für die Diagnosestellung ist die Anamnese. Der Hungerschmerz, etwa 2—4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme einsetzend und bei neuem Hungergefühl seinen Höhepunkt erreichend, und identisch damit der sogenannte Nachtschmerz, ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vorhanden, kann jedoch fehlen und kommt auch manchmal bei Erkrankungen des Magens und der Gallenblase vor. Das zweite wichtige anamnestische Moment ist die Periodizität der Beschwerden, so daß Intervalle vollkommener Beschwerdefreiheit mit mehr oder weniger langdauernden Schmerzanfällen abwechseln. Ein beweisender Grund hierfür ist noch nicht gefunden; das zeitweise

Sistieren der Beschwerden wird mit und ohne entsprechende interne Kur beobachtet. Als drittes wichtiges und konstantes anamnestisches Moment ist die lange Dauer des Leidens anzusehen, das sich oft über ein Jahrzehnt und länger hinzieht. Im Gegensatz zu Moynihan will K. auf Grund dieser anamnestischen Angaben allein aber niemals eine sichere Diagnose stellen; dazu gehören bestimmte objektive Krankheitserscheinungen. Als solche sind anzuführen: der durch Palpation auszulösende und genau zu lokalisierende Geschwürsschmerz rechts von der Mittellinie, ferner der Nachweis von Blut im Stuhl, und zwar makroskopisch oder chemisch, der, wenn vorhanden, sehr für ein Ulcus duodeni spricht, während ein Fehlen das Geschwür jedoch nicht ausschließt. Ebenso verhält es sich mit der Hyperacidität. Hypersekretion scheint beim Duodenalulcus ein häufiger Befund zu sein im Gegensatz zum Magengeschwür. Endlich bildet das Röntgenbild einen sehr wichtigen Anhaltspunkt für die Diagnose, wenn es sich dabei auch nicht um eindeutige, keiner Mißdeutung unterworfene Bilder handelt, sondern um eine Reihe mehr oder weniger wohlcharakterisierter Erscheinungen, die in ihrer Gesamtheit Schlüsse zulassen. Solche Erscheinungen sind: der Dauerbulbus, d. i. der konstante Wismutausguß des Bulbus duodeni, der wohl auf einer Pylorusinsuffizienz beruht. Ferner die vermehrte und beschleunigte Magenperistaltik, möglicherweise verursacht dadurch, daß das erkrankte Duodenum die Fähigkeit zur Regulierung der Pylorustätigkeit verloren hat. Weniger groß ist die Bedeutung, die K. dem persistierenden Wismutfleck zuspricht, denn dieser ist relativ selten zu sehen und kommt auch anderweitig vor. Nischenbildung, die auf ein penetrierendes Ulcus hinweist, ist sehr selten zu beobachten. Rechtsverziehung des Magens durch Schrumpfung oder Verwachsungen kommt häufiger vor; eine spezifische Bedeutung aber ist ihr nicht zuzuschreiben. Wichtig ist der sogenannte 6 Stundenrest trotz lebhafter Peristaltik des Magens. Sehr wichtig erscheint K. endlich eine in seinen Fällen von Ulcus duodeni sehr häufig gefundene Gastroptose. Von der weiteren Ausbildung der Technik der direkten Untersuchung des Duodenums mit der Sonde verspricht sich K. für die Zukunft möglicherweise noch bessere Resultate. Prognostisch hebt K. hervor, daß das Duodenalgeschwür wegen seiner Neigung zur Perforation und Blutung, sowie wegen der fehlenden oder mindestens sehr geringen Tendenz zur spontanen Ausheilung im allgemeinen keine günstigen Aussichten bietet, jedenfalls eine weit ungünstigere als das Ulcus ventriculi. Deshalb wendet sich die Therapie immer mehr der chirurgischen Behandlung zu. Diese besteht in der Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung, die K. mittels Umschnürung durch das am Nabel abgetrennte Lig. teres hepatis bewerkstelligt.

Thiemann (Jena).

Bonnaire, E., G. Durante et G. Ecalle: Ulcère perforant du duodénum chez un nouveau-né. (Perforiertes Ulcus duodeni bei einem Säugling.) Gynécologie Jg. 18, Nr. 3, S. 161—196. 1914.

Das runde Ulcus im Duodenum ist äußerst selten bei Neugeborenen: es wurde 42 mal beobachtet bei Kindern unter 10 Jahren, 17 mal bei Säuglingen im ersten Jahre. Unter 4000 Sektionen konnten Verff. nur 2 bei Neugeborenen finden.

7 Tage altes Kind, seit der Geburt Erbrechen, Stühle im Anfang grün, dann sehr selten. Meteorismus. Temperatur 39. Nabelschnur ausgestoßen, Narbe rot und entzündet. Exitus. Bei der Sektion findet man zwei 1 cm breite Perforationen im Duodenum 5 mm unterhalb des Pylorusringes. Die histologische Untersuchung ergibt nur Nekrose der Wand ohne Entzündung. Einige kleine Venen sind thrombosiert. Keine Mikroben sichtbar. Die Mucosa ist normal bis zum Rande des Geschwürs. Die Nekrose scheint von außen nach innen fortgeschritten zu sein.

Der Tod durch Blutung kommt etwa 10 mal häufiger vor als durch Perforationsperitonitis. Heilung wurde nur 2 mal beobachtet. Gewisse Autoren haben mehr Entzündungserscheinungen, andere mehr Thrombosen beobachtet. Die Ätiologie ist sehr verschieden, es wurden verschiedene Theorien aufgestellt: Seröse peptische, vasculäre, infektiöse, toxische Ursachen für die Entstehung verantwortlich gemacht. Rembold

und Pomerski konnten Duodenalulcera hervorrufen durch Verletzung des Bodens, des IV. Ventrikels. Cohn und Wolf haben die Bedeutung von retrograden Thrombosen der V. portarum hervorgehoben, die Thrombose hat ihren Ausgangspunkt in den Nabelarterien und Venen. Bei infektiösen Krankheiten, namentlich bei der Nabelsepsis wurden Duodenalulcera nachgewiesen. Endlich spielt die Athrepsie eine nicht unwichtige Rolle bei der Genese. Die Verff. heben hervor, daß die Läsion nicht in der Schleimhaut beginnt, sondern tiefer, unter der Serosa. Die ursprüngliche Ursache wäre eine Blutung, welche in der Wand des Duodenum sich ereignet bei einem Individuum, welches zu Blutungen neigt infolge des erschwerten Gerinnungsvermögens des Blutes. Dadurch entsteht eine Höhle unter der Schleimhaut, die dann berstet und den Zugang des Magensaftes erlaubt. Diese mangelhafte Gerinnung des Blutes steht im engen Zusammenhang mit einer Alteration der Leberfunktion. *Monnier* (Zürich).

Leuret: L'estomac biloculaire. (Sanduhrmagen.) Paris chirurg. Jg. 6, Nr. 4, S. 385—397. 1914.

Vier Fälle, darunter einer von falschem Sanduhrmagen, bedingt durch Kompression des Magens durch eine vorspringende schlecht geheilte frakturierte Rippe. Nach Entfernung der letzteren Heilung. *Burckhardt* (Berlin).

Wagner, Arthur: Zur operativen Behandlung des Sanduhrmagens infolge Ulcus der kleinen Kurvatur. (*Allg. Krankenh., Lübeck.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 41, Nr. 25, S. 1067—1070. 1914.

Verf. bespricht sämtliche in Betracht kommenden operativen Methoden beim Ulcus der kleinen Kurvatur und tritt für die Querresektion ein. 4 Fälle, die länger als 3 Jahre zurückliegen, seien dadurch vollkommen beschwerdefrei geworden. Doch sei die Querresektion oft recht schwierig, besonders bei starken Verwachsungen des Magens und bei hoher Lage des Ulcus. Die von Baum auf den Magenkörper deshalb übertragene Fascienumschnürung nach Bogoljuboff-Wilms mit anschließender G.-E. im oberen Magenteil habe den Nachteil, daß ein unterer Sack bestehen bleibe, in dem sich Magensekret ansammeln, in den rückwärts Duodenalinhalt einfließen und in den es aus dem Ulcus hineinbluten könne. Wagner ist infolgedessen in einem Fall so vorgegangen, daß er den unteren Magenteil mehrfach faltete und in den Krater hineinstülpte. Die Operation wurde durch eine G.-E. antecolica beendet. Der in den Krater eingeschlagene Magenteil wirke wie eine Plombe oder ein Tampon, so daß es aus dem Geschwür nicht mehr erheblich bluten könne, der geschwürtragende Magenteil sei auf einfache Weise vollkommen ausgeschaltet. *Gebele* (München).

Hartmann, Henri: Sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte. (Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen.) Arch. des malad. de l'appar. dig. et de la nutrit. Jg. 8, Nr. 5, S. 241—245. 1914.

Fall von typischer Pylorusstenose bei einem 58jährigen Mann. Die Untersuchung des resezierten Pylorus ergab makroskopisch einen leichten Grad von Verdickung, die für den palpierenden Finger die Grenzen dos Pylrus überschreitet. Mikroskopisch war die Submucosa sklerotisch; die Muskulatur zeigt eine interfasciculäre Sklerose und Verdickung, die auch die Subserosa noch mit betrifft. Der Prozeß nahm seinen Ausgang wahrscheinlich von einer kleinen vernarbt gefundenen Schleimhautulceration. Neoplasma, Lues und Tuberkulose sind ausgeschlossen. *P. Schlippe* (Darmstadt).

Bastianelli, Pietro: L'esclusione pilorica e le sue indicazioni. Contributo di n. 4 casi in referimento ad una nuova e speciale indicazione dell' esclusione. (Pylorusausschaltung und Indikationen dazu. 4 Fälle als Beitrag zu einer neuen speziellen Indikation der Ausschaltung.) (*Osp. Alberti, S. Giovanni Valdarno.*) Clin. chirurg. Jg. 22, Nr. 5, S. 815—834. 1914.

Die Symptome der Hyperchlorhydrie, des schmerzhaften Pyloruskrampfes und des Erbrechens gelten dem Verf. ohne Rücksicht auf Bestehen oder Fehlen von Magengeschwüren als Indikation zur Pylorusausschaltung. Verf. hat in vier Fällen nach Durchtrennung des Antrum pyloricum die Schleimhaut beider Stümpfe digital untersucht und kein Geschwür gefunden, obwohl die Symptome ein solches vermuten ließen. Im ersten Fall war schon vorher die Gastro-

enterostomie gemacht ohne zur Heilung zu führen; in den anderen drei Fällen wurde die hintere Gastroenterostomie mit Murphyknopf ausgeführt. Erfolg in allen Fällen gut. *Nägelsbach.*

Hauschild, Bernhard: Die Glycyltryptophanreaktion beim Magencarcinom. (*Med. Univ.-Klin., Halle a. S.*) Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **20**, H. 2, S. 210 bis 231. 1914.

Die Glycyltryptophanreaktion hat sich auf der Feststellung aufgebaut (Fr. Müller), daß die Eiweißverdauung im carcinomatösen Magen weiter geht als im gesunden, so daß 72,5% des in Lösung befindlichen N die Albumosengrenze überschreiten, gegenüber 50% im normalen Magen. Diese Erfahrung führte zu der Annahme, daß im Krebsgewebe ein Verdauungsferment vorhanden sein müsse, das beim Menschen sowohl wie im Brutschrank das Eiweiß zu einem großen Teil in Produkte verwandelt, die jenseits der Albumosengrenze liegen. Es gelang dann H. Fischer, im carcinomatösen Magensaft als Endprodukte der Eiweißverdauung Tyrosin, Leucin, Lysin und Aginin zu isolieren, während die normale Magenverdauung niemals diese Diaminosäuren abspaltet. Neubauer hat dann nicht die Verdauung des gesamten Eiweißmoleküls geprüft, sondern seine Untersuchungen auf die Peptide, die vom normalen Magen nicht gespalten werden, beschränkt und das Ergebnis erhalten, daß Carcinompreßsaft ein peptidspaltendes Ferment besitze. Als Reagens verwendete man nun das aus Glycin und Tryptophan bestehende Dipeptid Glycyltryptophan; bei seiner Spaltung wird Tryptophan frei, das mit Brom eine Rotfärbung gibt. Es folgt eine genaue Beschreibung, wie die Probe angestellt wird und ein Hinweis auf die Fehlerquellen. Ausgedehnte Untersuchungen haben nun zu folgendem Schluß geführt: Negativer Ausfall der Probe spricht mit einiger Wahrscheinlichkeit gegen einen ulcerierenden carcinomatösen Prozeß im Magen. Doch kann auch bei sicherem Carcinom die Probe negativ sein, wenn eine beträchtliche Retention im Magen vorhanden ist. Ebensowenig beweisend wie das negative Ergebnis ist der positive Ausfall der Probe, da man ihn auch in einer recht beträchtlichen Anzahl von Fällen gutartiger Achylie erhält. Somit ist der diagnostische Wert der positiven Reaktion nur ein sehr geringer; sie hat nie allein für sich eine beweisende, sondern höchstens im Verein mit dem positiven Ausfall anderer Untersuchungsmethoden eine bestätigende Bedeutung. Die Aussichten, die die Glycyltryptophanreaktion für die Frühdiagnose des Magencarcinoms und die Beurteilung fortgeschrittener Fälle zu eröffnen schien, haben sich nicht erfüllt. *Genewein* (München).

Frazier, Charles H.: Sarcoma of the stomach. (Sarkom des Magens.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **147**, Nr. 6, S. 781—788. 1914.

Kurze Zusammenstellung der Literatur über die Häufigkeit des Magensarkoms im allgemeinen und gegenüber den übrigen Magengeschwülsten. Der Fall betrifft eine 36jährige Frau, die seit 12 Jahren leichte Verdauungsstörungen hatte, aber den Beginn ihres Leidens (2—3 mal wöchentlich plötzliches Erbrechen und Schmerzen) 12 Monate zurückdatierte. Status: Stark abgemagerte Frau. Birnengroße Geschwulst im linken Hypochondrium, 2 Zoll über dem Nabel, respiratorisch und palpatorisch verschieblich. Die Magenuntersuchung ergab als wahrscheinlich einen Zusammenhang des Tumors mit dem Pylorus. Operation. Hohe Rectusincision. Der Tumor nahm ein Drittel der großen Kurvatur ein und saß näher dem Pylorus als der Kardia. Starke Vergrößerung der Lymphdrüsen. Verwachsung mit zwei Dünndarmschlingen am unteren Rande des Tumors. Resektion desselben samt einem Stücke der beiden adhärenten Darmschlingen. Gastrojeiunostomie posterior. Heilung, die etwa 1 Jahr später noch anhielt. Der Tumor schien ein auf dem Boden eines Ulcus entstandenes Carcinom zu sein. Erst die mikroskopische Untersuchung stellte fest, daß es sich um ein Lymphosarkom handelte, das auch die Drüsen und die Serosa der beiden Darmschlingen ergriffen hatte. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung ist genau wiedergegeben, Zusammenstellung von 28 operierten Magensarkomen in chronologischer Reihenfolge. Bemerkungen über die Häufigkeit der einzelnen Formen der Sarkome, ihren gewöhnlichen Sitz im Magen, über das Alter der befallenen Individuen und die Lebensdauer nach der Operation. Literaturangabe von 46 einschlägigen Arbeiten. *Brentano.*

Saalmann: Isolierte Ruptur des Mesenteriums. (*Städt. Wenzel-Hancke-Krankenh., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 22, S. 1123—1124. 1914.

Mitteilung eines der sehr seltenen Fälle von isolierter Ruptur des Mesenteriums. (Seit 1845 nur 26 veröffentlichte Fälle mit 9 Heilungen.) 65jähriger Mann hat einen starken Stoß

gegen den Unterleib bekommen und zeigt am nächsten Tage das Bild der abdominellen Blutung. Bei der Laparotomie finden sich ca. $1^1/_2$ l Blut im Bauch. Im Mesenterium des Dünndarms etwa 1 m oberhalb der Bauhinschen Klappe zeigt sich eine y-förmige Zerreißung des Mesenteriums von $2^1/_2$ cm Länge parallel zur Verlaufsrichtung des Darmes. Die Darmpartie ist lebhaft injiziert, erscheint jedoch ausreichend ernährt; das herausgesprengte Mesenterialstück hängt sehr ödematös geschwollen am Darm. Einnähung des Mesenterialstückes in die Lücke; von einer Darmresektion wird Abstand genommen. Völlig fieberloser Heilungsverlauf. Rasche vollständige Heilung. *Dunzelt* (München). M.

Wurmfortsatz:

Meyer, Willy: Zur Chirurgie des Wurmfortsatzes. (*Dtsch. Hosp., New York.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 129 (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 321—340. 1914.

Verf. schildert eine von ihm angewandte Operationsmethode, die es ermöglicht, bei nach hinten und oben vom Coecum verlagerter und verwachsener entzündeter Appendix, diese in einfacher Weise zu exstirpieren. Nach Unterlegen eines Sandsackes unter die rechte Beckenhälfte wird ein Schnitt gemacht, der in der Höhe der Spina iliaca anterior superior beginnt und $1^1/_2$ bis 2 Querfinger breit nach innen von der Crista iliaca nach oben und hinten zieht in einer Länge, welche dem jeweiligen Falle angepaßt ist. Die Schichten der Bauchwand werden scharf durchtrennt. Nach Eröffnung des Peritoneum ist es möglich, die Appendix bequem freizulegen und unter Kontrolle des Auges, selbst wenn bis zur Leber hin reichende Verwachsungen vorliegen, die Entfernung der Appendix vorzunehmen. Wenn der Mac Burneysche Schnitt angewendet wurde, dann wird ein zweiter scharfer, den Musc. obliquus internus entgegengesetzt seiner Faserrichtung teilender Schnitt hinzugefügt, der die Mitte des ersten Schnittes trifft und nach hinten und oben $1^1/_2$ bis 2 Finger breit von der Crista iliaca entfernt in dem Faserverlauf des Musc. obl. extern. entsprechender Richtung gegen den unteren Nierenpol zu zieht. Verf. schildert eine Anzahl von Krankheitsfällen, die nach dieser Methode operiert wurden. Weiter berichtet Verf. über einen von ihm operierten Fall von Riesenmucocele der Appendix. Bei einem 42jährigen Mann wurde bei der Operation in der Blinddarmgegend eine tumorartige Masse gefunden, die mit der Fossa iliaca sowie mit dem Blasenscheitel stark verwachsen war. Sie hatte die Gestalt einer zu riesigen Dimensionen erweiterten Appendix und zeigte Fluktuation. Durch Resektion des unteren Ileumabschnittes mit Coecum und unterer Hälfte des Colon ascendens wurde die erkrankte Partie entfernt. Die Darmenden wurden durch Tabaksbeutelnaht und Einstülpungsnähte sicher versorgt, und hierauf wurde eine Seitenanastomose mit Naht zwischen Ileum und erstem Abschnitt des Colon transversum gemacht. Die Untersuchung des Präparates ergab eine riesig erweiterte Appendix, die mit einem perlweißen gelatinösen Material angefüllt war. Eine Kommunikation zwischen Coecum und der erweiterten Appendix bestand nicht. Die Wand des erweiterten Appendix bestand fast ganz aus dichtem festem Bindegewebe und zeigte chronische Entzündung. Diese Mucocele der Appendix entstand durch die Obliteration der Kommunikation zwischen Coecum und Appendix an der Einmündungsstelle. Die fortdauernde Sekretion der Schleimdrüsen bedingte eine zunehmende Erweiterung der Appendix. Beim Platzen solcher cystenartig erweiterten Appendixsäcke kann es, ebenso wie auch durch Aussickern des Inhaltes von kleineren in der Wand des Wurms gelegenen Retentionscysten bzw. Divertikeln zur Entstehung des Pseudomyxoms des Peritoneums kommen. Diese Erkrankung, von Werth 1884 zuerst beschrieben, ist meist gutartig und kann durch Exstirpation des Herdes, Ausräumen der Cysten und des beteiligten Peritoneums glatt ausheilen. Doch kann die Erkrankung auch einen bösartigen Charakter annehmen, und manche Autoren rechnen diese Fälle zum Carcinom. Fälle mit Neigung zu Rezidiven und allgemeiner Kachexie sind beobachtet. *Unter Ecker* (Karlsruhe).

Rosica, Giuseppe: Contributo alla conoscenza dell' appendicite traumatica. (Beitrag zur Kenntnis der Appendicitis traumatica.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 35, Nr. 72. S. 761—762. 1914.

31jährige Frau fällt beim Heruntersteigen einer Treppe heftig auf den Leib und leidet seit jener Zeit andauernd an Leibschmerzen in der rechten Darmbeingrube. Vom Verf. wird eine Appendicitis diagnostiziert, dreimonatige Behandlung mit Bettruhe. Die Schmerzen wurden nicht beseitigt, im Gegenteil mit der Zeit verschlimmerten sie sich, es trat Brechneigung hinzu, der Mc Burneysche Punkt blieb andauernd schmerzhaft, so daß schließlich — fünfzehn Monate nach dem Unfall — zur Operation geschritten und eine vergrößerte, 8 cm lange, kleinfingerdicke, in Adhäsionen eingebettete Appendix entfernt wurde. Die ausgesprochensten mikroskopischen Veränderungen wurden in der Mucosa und Submucosa angetroffen. Verf. glaubt, daß durch die Kontusion der Bauchdecken beim Hinfallen Verletzungen der Schleimhaut der Appendix hervorgerufen wurden, in welche Bakterien eindrangen und die Entzündung verursachten. *Herhold* (Hannover).

Carboni, Lauro Cantalamessa: Appendicectomia con enfisema sottocutaneo postoperatorio; pericolite membranosa. (Appendixestirpation mit postoperativem,

subcutanem Emphysem und Pericolitis membranacea.) (*Osp. civ., Vimercate, Milano.*) Riv. osp. Bd. 4, Nr. 10, S. 479—482. 1914.

17jähriger Jüngling bekommt in der Nacht nach einer im Intervall ausgeführten Appendixresektion Unterleibsschmerzen und Erbrechen unter leichter Temperatursteigerung, in der Umgebung der Operationsstelle subcutanes Emphysem, auch Auftreibung des Leibes. Nach drei Tagen gehen diese Erscheinungen völlig zurück, nach vier Wochen wird der Operierte geheilt entlassen: Einige Tage nach der Entlassung treten erneut unter Fieber heftige Schmerzen in der Blinddarmgegend auf, so daß eine nochmalige Aufnahme ins Krankenhaus und eine Relaparotomie wegen angenommenen Abscesses notwendig wird. Auf dem Blinddarm und dem unteren Ende des Ileums trifft man statt dessen schleierartige Membranen (Jacksons membran, Perikolitis), die entfernt werden. Zunächst Heilung und Entlassung des Patienten, der aber später immer noch über, wenn auch nicht so heftige, zeitweilig eintretende Leibschmerzen klagt. Nach Ansicht des Verf. ist die erste Komplikation durch Infektion mit einem gasbildenden Mikroorganismus bedingt gewesen, die zweite Perikolitis ist eine nicht selten, nach chronischen Appendicitiden beobachtete Krankheit.

Herhold (Hannover).

Läwen, A.: Über Appendicitis fibroplastica. (*Städt. Krankenh. St. Georg, Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 221—241. 1914.

Bei einer 51 Jahre alten Patientin, die mit der Diagnose Appendicitis ins Krankenhaus gekommen war und bei der die Palpation einen mannsfaustgroßen Tumor in der Ileocoecal-Gegend ergab, wurde wegen Verdachts auf Tuberkulose die Resektion vom unteren Ileum bis ins Colon ascendens gemacht. Der Tumor erwies sich größer als vermutet, und es fanden sich harte Drüsen im Mesokolon. Die histologische Untersuchung ergab eine Wucherung des Bindegewebes der Darmwand von Ileum, Appendix, Coecum und Colon ascendens mit Anhäufung von Rundzellen besonders längs der Gefäße und Vermehrung der elastischen Elemente. Läwen glaubt, daß infolge des Reizes eines als Fremdkörper wirkenden Kotsteines, wie er in diesem speziellen Fall gefunden wurde, und der von ihm ausgehenden Infektion eine Bindegewebsproliferation entstanden und allmählich immer weiter um sich gegriffen habe. Er zieht diesen Schluß in Analogie mit ähnlichen Krankheitsbildern, wie Netztumoren, entzündlichen Dickdarmtumoren und chronisch entzündlichen Bauchdeckentumoren, bei denen ein provozierendes Agens in Gestalt von infizierten Seiden- oder Catgutfäden, Darmbakterien oder Staphylokokken mit abgeschwächter Virulenz fast immer nachzuweisen war. Dies Krankheitsbild ist selten. Eine größere Anzahl von Fällen scheint allein v. Bergmann - Riga beobachtet und veröffentlicht zu haben.

Plenz (Charlottenburg-Westend).

Codman, E. A.: Observations on a series of ninety-eight consecutive operations for chronic appendicitis. (Beobachtungen an einer fortlaufenden Reihe von 98 Operationen wegen chronischer Appendicitis.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 14, S. 495—502. 1913.

Archoffs Feststellung, daß sich bei über 50% aller Wurmfortsätze Zeichen früherer Entzündung finden und die Erfahrung des Massachusetts Hospitals, wonach bei 71 von Hundert unter anderer Diagnose unternommenen Laparotomien krankhafte Veränderungen am Wurmfortsatz vorlagen, zwingen zu der Forderung, bei jedem Kind den Wurmfortsatz routinemäßig zu entfernen. Neben der Gefahr akuter Appendicitis bestärkt in dieser Forderung die Unsicherheit der Diagnose chronischer Appendicitis. Bei 98 wegen chronischer Appendicitis unternommenen Operationen wurden nur 61 mal Veränderungen am Wurmfortsatz festgestellt, während 71 von Hundert wegen anderer Leiden Operierten derartige Veränderungen zeigten. Bei Fällen mit wiederholten einige Tage dauernden Anfällen von Schmerz und Druckschmerz in der Blinddarmgegend und freiem Intervall — meist leiden sie nicht an Verstopfung — findet man gewöhnlich Strikturen, Obliterationen oder Adhäsionen des Wurmfortsatzes. Bei Fällen mit täglich sich wiederholenden, intermittierenden, meist milden Beschwerden ohne eigentlich freie Intervalle, häufig mit Verstopfung, findet man den Wurmfortsatz meist frei, statt dessen oft Coecum mobile, Gefäßmembranen usw. Verstopfung ist kein Zeichen chronischer Appendicitis; vielmehr scheint ein chronisch entzündeter Wurmfortsatz die Darmtätigkeit anzuregen. Durchfälle fanden sich neunmal, ausgesprochene hyperacide Dyspepsie 12mal, geringere 25 mal; doch scheinen eher Coecum-Erkrankungen als Appendixerkrankungen für die Dyspepsie ursächlich zu sein. Operationen von Coecum mobile, perikolitischen Membranen usw. gaben keine unzweideutig günstigen Ergebnisse. Durch die Anoci-Assoziations-

Technik Criles ließ sich mehrfach jeder Nachschmerz vermeiden. In einigen Fällen wurden die Kranken durch sie sicher über den Operationsshock hinweggebracht, bei denen der Ausgang ohne sie zweifelhaft gewesen wäre. *zur Verth* (Kiel).

Hada, Benzo: Zur Frage der Carcinome des Wurmfortsatzes. (*Pathol.-anat. Inst. d. dtsch. Univ., Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 22, S. 263—266. 1914.

Ausführliche makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines primären Rundzellenkrebses, eines sog. kleinen Carcinoms in einer entzündlich veränderten ein falsches Divertikel aufweisenden Appendix. Die Geschwulst hatte ihren Ausgangspunkt in der entzündlich veränderten Submucosa genommen. Bemerkenswert ist der gelungene Nachweis von sicheren Mitosen in den Geschwulstzellen. In der Frage der Bedeutung der in dieser Tumorform der Appendix fast immer nachweisbaren Lipoide für die Differentialdiagnose zwischen Carcinoiden und echten Carcinomen des Darmes stimmt Hada der Ansicht von Maresch zu, wonach der Lipoidgehalt eines solchen Tumors nicht berechtigt, Carcinom auszuschließen. *Reinhardt.*

Dickdarm und Mastdarm:

Hanes, Granville S.: Further observations on the surgical anatomy and pathology of the large bowell, with radiographic illustrations. (Beiträge zur chirurgischen Anatomie und Pathologie des Dickdarms (mit Röntgenbildern.) Proctologist Bd. 7, Nr. 4, S. 195—207. 1913.

Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. Die Frage der Antiperistaltik ist überschätzt worden; Hanes glaubt aus seinen Versuchen schließen zu können, daß keine nennenswerte besteht. Obgleich es gelungen ist, sehr lange Röhren in das Rectum einzuführen infolge der wechselnden Länge der Sigmaschlinge (H. fand solche von 30—50 cm), ist es nicht möglich, mit diesen Instrumenten ins Colon descendens vorzudringen. *Bernard* (Halle a. S.).

Burrows, Waters F.: The cure of habitual constipation by the intraabdominal use of oil. (Die Behandlung habitueller Obstipation durch intraabdominale Ölung.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 15, S. 655—656. 1914.

Verf. glaubt, daß sich in vielen Fällen von chronischer, auf mechanischen Gründen (Kolonaffektionen u. dgl.) beruhender Obstipation die neuerdings dafür vorgeschlagenen großen und gefährlichen Eingriffe wie Exstirpation des Kolon und Ileosigmoidostomie vermeiden lassen. Er beschränkt sich in einschlägigen Fällen auf Durchschneidung etwaiger Verwachsungen, Beseitigung von Darmknickungen, Aufhängung gesenkter Bauchorgane und gießt vor Schluß der Bauchhöhle 6—10 Unzen reinen Öls (liquid petrolatum) von hohem spezifischem Gewicht in die Bauchhöhle. Das Öl verhindert die Wiederkehr der Adhäsionen, macht die Eingeweide geschmeidig, schwemmt die gasgefüllten Darmschlingen aus dem kleinen Becken, und die Folge ist eine normale Peristaltik und Darmentleerung, wie Verf. in zahlreichen Fällen beobachten konnte. Auch als prophylaktische Maßnahme bei allen Laparotomien, wo die Gefahr späterer Adhäsionsbildung besteht, empfiehlt er die Anwendung des Öls. *Kempf* (Braunschweig).

● **Sorrel, E.: La stase intestinale chronique.** (Chronische Darmträgheit.) Paris: Steinheil 1914. 252 S. Frcs. 8.—.

Historische Vorbemerkungen über die ersten operativen Eingriffe bei chronischer Verstopfung und die verschiedenen Bezeichnungen der Krankheit selbst bzw. ihrer Ursache (Coecum mobile, Typhlatonie, habituelle Torsion des Coecums, Perityphlitis, Pericolitis membranacea). Auch die „occlusion fruste incomplète" und die verschiedenen Formen des Megacolon (Hirschsprungsche Krankheit) gehören hierher. Embryologie des Dickdarms. Anatomie desselben beim Erwachsenen. Dabei werden dessen Abschnitte einzeln besprochen nämlich 1. das Coecum und die Appendix sowie das Colon asc. Acht verschiedene Typen werden aufgestellt in bezug auf die Fixierung oder die Beweglichkeit dieser Teile. Resumé: Das Coecum ist sehr häufig beweglich; diese Beweglichkeit des Coecum kann gleichzeitig bestehen mit einer Fixierung des Endabschnittes des Ileum. Die Anfangsportion der Appendix ist fixiert, die Endportion frei. 2. Das Colon transversum und seine Lage beim Neugeborenen und Erwachsenen, in der Norm und bei den häufigsten Abweichungen von der Norm. Eingehend werden dabei die der Befestigung dienenden Bänder beschrieben. 3. Das Colon descendens. 4. Das Endkolon (Colon terminal). 5 Abbildungen anatomischer Präparate veranschaulichen die vorher geschilderten anatomischen Verhältnisse, ebenso 17 Skizzen von Röntgenbildern. Es folgt ein Abschnitt über die Physiologie des Dick-

darms, aus dem hervorgeht, daß 1. der Dickdarm als Verdauungsorgan nicht unbedingt nötig ist, und auch nach seiner Ausschaltung das Leben weiter bestehen kann. 2. Daß er vorwiegend der Wasserresorption dient. Nach dieser Einleitung, die 80 Seiten umfaßt, wird die Ätiologie, die pathologische Anatomie und Pathogenese der chronischen Verstopfung abgehandelt. Dabei werden die verschiedenen Theorien erörtert, die aufgestellt worden sind, um die Entstehung des Leidens zu erklären, nämlich deutscherseits das Coecum mobile (Wilms, Stierlin), die Typhlatonie von Fischer und die habituelle Torsion des Coecum (Klose) und englischerseits der Lanes Kink, der 10—15 cm vom Coecum entfernt im Ileum sitzt und durch den Zug des ausgedehnten, mobilen Coecum entsteht. Ähnliche Abknickungen des Darmlumens können am Colon transversum und zwar hier besonders an den beiden Flexuren und an der Flexura sigmoidea entstehen (Abbildungen). Die Folgen dieser Veränderungen sind Kotstauung, Resorption toxischer Substanzen und Entzündungen, die sich als Pericolitis, Colitis oder Schrumpfung des Darmes äußern und zu einem kompletten Darmverschluß führen können. Übersicht über die Literatur desselben Gegenstandes in Amerika und Frankreich, aus der hervorgeht, daß die Ideen Lanes beginnen, überall anerkannt zu werden. Symptome: Schmerzen, Anfälle von Übelkeit und Darmverschluß, Kopfschmerzen, bräunliche oder gelbliche Verfärbung der Haut, kalt-feuchte Hände, Veränderungen an den Brüsten, palpatorische Veränderungen im Abdomen. Sehr wichtige Aufschlüsse ergibt die Untersuchung mit X-Strahlen. Die Erkrankung führt häufig zu Tuberkulose. Sonst sind es 2 Komplikationen, die auftreten: Die Colitis und der akute mechanische Darmverschluß, durch Kotanhäufung oder durch Volvulus. Die Symptome bei Stase durch Abknickung des Ileum und der übrigen Darmabschnitte werden im einzelnen besprochen. Dann folgt ein Abschnitt über die Diagnose und Differentialdiagnose, wobei besonders eingehend die Bedeutung der Untersuchung mit X-Strahlen behandelt und durch Abbildungen erläutert wird. Die Behandlung des Leidens besteht 1. in der Fixierung abnorm beweglicher Teile. 2. In der Lösung von Adhäsionen und 3. in der Ableitung des Kotes durch Enteroanastomose mit und ohne Ausschaltung, mit und ohne Resektion. Dabei wird jedes Verfahren im Anschlusse an die von den einzelnen Autoren gemachten Mitteilungen genau beschrieben. Verschiedene besonders lehrreiche Krankheitsgeschichten werden in einem weiteren Abschnitt wiedergegeben. Den Schluß des sehr gründlichen Werkes bildet eine kurze Zusammenfassung und eine anscheinend vollständige Übersicht der gesamten, auch außerfranzösischen Literatur. *Brentano.*

Baur, J.: Darmverschluß bei Megalosigmoideum permagnum. (*Kanton. Krankenh., Basel-Land.*) Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **44**, Nr. 22, S. 686—688. 1914.

Mitteilung eines Falles von Volvulus des S Romanum bei Hirschsprungscher Krankheit; Anastomose zwischen Ileum und oberstem Rectum. *Blezinger* (Stuttgart).

Dunn, Arthur, D.: Diverticulitis of the sigmoid. (Diverticulitis der Flexura sigmoidea.) Proctologist Bd. **7**, Nr. 2, S. 66—72. 1913.

Es gibt wahre und falsche Divertikel des Sigmoideum; die wahren stellen richtige Erweiterungen der Haustren dar mit weitem Eingang; sie haben nur anatomisches Interesse, während die falschen herniöse Ausstülpungen der Mucosa in die Muscularis darstellen. In bezug auf die Ätiologie besteht sicher eine Prädisposition, denn Graser fand bei mikroskopischer Untersuchung des Sigmoideum unter 28 Fällen 10 mal, Sudsucki 15 mal bei 40 Fällen kleinere Ausstülpungen; es gibt kongenitale Anlagen und Effekte von Traumen (Gasausdehnung, Wechsel in der Füllung von Blutgefäßen, Atonie). Zur Klärung der Pathologie dieser Erkrankung wurden 100 Fälle bei der Sektion genau untersucht und 6 mal Divertikel gefunden, worunter 2 klinisch beobachtet waren; einmal war die richtige Diagnose gestellt worden. Die falschen Divertikel sitzen meist am Ansatz des Mesenteriums bei den Appendices epiploicae, was für drei der Fälle stimmte, in einem Fall war das Divertikel in der Nähe der Appendices, aber seine Beziehung dazu konnte in dem Entzündungsherd nicht genau festgestellt werden,

in den übrigen lag er auf der Höhe der Falte, einmal führte eine Fistel dazu. Die erworbenen Divertikel haben eine Größe von nur mikroskopisch wahrnehmbarer Vorwölbung bis Erbsengröße. Die Zugänge sind ganz verschieden in bezug auf Durchmesser. Katarrhalische Entzündung ruft Schwellung und Verschluß hervor; die Divertikel haben eine sehr dünne Haut, die Infektionsmaterial leicht passieren läßt. Lokale Entzündungsherde sind häufig (Peridiverticulitis). Die Bedeckung ist variabel, Durchbruch der Muscularis ist von Verf. oft gesehen worden. Die Morbidität der falschen Divertikel ist abhängig von der Dünne der Gewebe, ulcerösen oder perforativen Prozessen, von dem Dasein pathogener Mikroorganismen und einem Fehlen des Abflusses der Sekrete aus ihnen. Die Folge ist lokale oder allgemeine Peritonitis, chronische hyperplastische Sigmoiditis, Blasensigmoidalfisteln, Krebs, Stenose, Volvulus, chronische Mesenteritis, metastatische Eiterungen und deren Folgeerscheinungen. Verf. hat 5 mal die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen können; einmal wurde die Diagnose durch Autopsie, einmal durch Operation bestätigt; ein Fall wurde als Peritonitis diffusa mit linksseitigem großen retroperitonealen Abszeß operiert (Heilung), 2 mal genügte innere Medikation; bei einem sechsten Fall wurde nur die Diagnose gestellt. Genaue Krankengeschichten der Fälle. Die Diagnose ist selten leicht, oft unmöglich. Leicht ist sie bei der sogenannten „linksseitigen Appendicitis" (gastrische Symptome, Spannung links unten, Temperatur Hyperleukocytose, Absceß). Bei der chronischen hyperplastischen Form sind wichtig intermittierender Schmerz, Störungen der Darmfunktion, Spasmen mit Schleim oder Blutabgang, wurstförmiger Tumor beweglich oder fest. Sigmoidoskopie zeigt Schwellung, faltige Mucosa, Verlegung des Lumens. Obstruktionssymptome können da sein, aber nicht so konstant wie bei Krebs, wobei der Tumor härter und circumscripter ist. Blasensymptome sind häufig, Stuhlstörungen sind konstant; viele Patienten erinnern sich später daran. *Scheuer.*

Granville, S. Hanes: Colostomy. Proctologist Bd. 7, Nr. 4, S. 207—216. 1913.

Um den Kotaustritt aus einer Kolostomie zu regulieren, läßt Hanes die herausgezogene Dickdarmschlinge auf einem kleinen Stab reiten, der durch das Mesenterium geschoben und unter dem dann ein schmaler Gazestreifen durchgezogen wird. Mit diesem wird die Darmschlinge oralwärts von ihrer Öffnung zugebunden.

Diskussion: Jackson fragt an, ob der Darm durch den Druck des Stäbchens nicht allmählich ulceriere und betont, daß sich bei der Anlegung eines Anus durch den linken Rectus der Kotaustritt genügend in Schranken halten lasse. Macmillan: Die Peristaltik des Kolon ist sehr langsam. Flüssigkeiten sind nicht die normalen Reizmittel für die Kolonkontraktion, sondern feste oder halbfeste Mittel. Bei der von H. vorgeschlagenen Methode der Kolostomie erwartet er Schwierigkeiten, wenn die herausgezogene Darmschlinge nur kurz ist. Graham: Es ist unmöglich, ein Darmrohr über die Flexur hinaus in den Darm vorzuschieben. Es ist aber auch gar nicht nötig, weil Flüssigkeiten, welche in das Rectum eingeführt werden, binnen wenigen Minuten das Coecum erreichen und zuweilen selbst in das untere Ileum eindringen, ohne daß der Patient dabei eine besondere Lage einnimmt. Zobel: Die Ileocöcalklappe ist normalerweise geschlossen, wie daraus hervorgeht, daß man das Ileum niemals mit Luft füllen kann. Lefevre: Die Flexura hepatica und lienalis stellen keinen spitzen Winkel dar, wie dies nach dem Röntgenbild zuweilen scheinen könnte. Die Ileocöcalklappe kann nicht durch Flüssigkeitseinläufe auf ihre physiologische Schlußfähigkeit geprüft werden, denn beim gesunden Menschen ist die Konsistenz des Koloninhaltes dick, die des Ileum aber dünn. Beach macht auf die vielen Trugschlüsse aufmerksam, die sich aus der Radioskopie ergeben. Penninton erwähnt zwei Fälle, in welchen Paraffin und Wasser, das ins Rectum eingegossen war, die Ileocöcalklappe passiert haben soll. Frankenburger erlebte auch Täuschungen durch die Radioskopie. Wismutinjektionen werden zuweilen in der Flexura sig. zurückgehalten, dann plötzlich durch eine Art von Krampf ausgestoßen. Hirschmann: Vor Laparotomien sind drei oder vier verschiedene Serien von Röntgenaufnahmen und in verschiedenen Stellungen nach der stereoskopischen Methode zu machen. Das Offenbleiben der Ileocöcalklappe und den Übertritt von Wismuth in das Ileum beobachtete er in einem Falle, wo nur alle 10—12 Tage Stuhlgang erfolgte. Hier war das Kolon ausgestopft und beim Pressen gab die Klappe nach. Antiperistaltik nimmt auch er an. Er hat in einem Falle einen Hartgummidilatator vom Rectum aus bis in die Flexur wandern sehen. Hier löste er so lebhafte Peristaltik aus, daß der Knopf des Instrumentes in die Mucosa getrieben wurde und sich nur mit Mühe entfernen ließ. Die von H. vorgeschlagene Kolostomie hält er nicht in allen Fällen für anwendbar und glaubt, daß sie den störenden Gasaustritt nicht hindern könne oder wenn

es gelänge, dann nur mit starken kolikartigen Schmerzen. H. weist in seinem Schlußwort darauf hin, daß die Deutung der Röntgenbilder am meisten Schwierigkeiten mache und erwähnt einen Fall, wo das Darmrohr bei der Palpation bis in das Coecum vorgedrungen zu sein schien, während es in Wirklichkeit in einem Schenkel der rechts gelagerten Flexur stak. Wenn eine ausgesprochene Antiperistaltik bestände, wie sie von vielen Autoren angenommen zu werden scheine, wäre eine Defäkation überhaupt unmöglich. *Brentano* (Berlin).

Welter, A.: Beitrag zur Chirurgie der malignen Dickdarmgeschwülste (Rectum ausgenommen). (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 475—504. 1914.

Verf. bespricht auf Grund des großen Materials des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses an Dickdarmcarcinomen — von 1893—1914 wurden 142 Fälle, davon wieder 91 radikal behandelt — Ätiologie, Pathologie, Symptomatologie, Diagnostik, bes. auch die differentielle Diagnostik des Dickdarmcarcinoms. Dann wird die Anatomie, speziell die Gefäßversorgung und die Funktion des Dickdarms erörtert. Therapeutisch erfordern nach Welter die mit Komplikationen verbundenen Dickdarmcarcinome eine primäre Kolostomie und seien erst in einer 2. Sitzung der Radikaloperation zu unterziehen. Komplikationen sind Darmverschluß, starke Kotanhäufung, Eiterung in der Umgebung der Tumors, Verwachsungen mit inneren Organen, schlechter Kräftezustand. Bei nichtkomplizierten Dickdarmcarcinomen verdränge die einzeitige Methode zunehmend die mehrzeitige Mikuliczsche Methode. Der wesentlichste Punkt der Therapie sei die exakt ausgeführte Naht, besser Seit zu Seit wie End zu End. Tamponade gefährde die Naht und sei zu unterlassen. Beim tiefsitzenden Carcinom des Colon sigmoideum komme die abdomino-sakrale Operation wie für hochsitzende Rectumcarcinome in Betracht. In der Zeit der strahlentherapeutischen Bestrebungen mag noch erwähnt sein, daß ein Fall seit 20, ein zweiter seit 19 Jahren im Anschluß an die Radikaloperation rezidivfrei geblieben ist. *Gebele* (München).

Jackson, Ralph W.: Sphincteric atrophy; causes, consequences and treatment. (Atrophie des Shincter ani, seine Ursachen, Folgen und Behandlung.) Proctologist Bd. 7, Nr. 3, S. 169—178. 1913.

Barnes, Rollin H.: A method of operating on fistula without cutting muscular tissue. (Operation der Analfistel ohne Durchschneidung des Sphincters.) Proctologist Bd. 7, Nr. 3, S. 126—133. 1913.

Die äußere Öffnung wird breit freigelegt durch einen Schnitt, der in der Peripherie des Anus liegt und diesen teilweise umkreist. Dann wird die innere Öffnung aufgesucht; an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut wird eine Incision unterhalb der inneren Öffnung gemacht, diese durch einen submukösen Kanal mit der Incision verbunden. Der submuköse Kanal wird tamponiert. Nun soll der Fistelgang mit seiner Öffnung nach außen heilen können. Wenn dies geschehen, wird der submuköse Gang gespalten. *Burckhardt* (Berlin).

Leber und Gallengänge:

Oehler, Johannes: Beitrag zu den Abnormitäten der Gallenwege. (*Chirurg. Klin., Freiburg i. Br.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 389—395. 1914.

Verf. berichtet über zwei Fälle abnorm später Vereinigung der Hepaticuszweige. Der eine Fall ist noch dadurch interessant, daß er bei der Operation nicht erkannt, sondern erst bei der Sektion klargestellt wurde. Hier war ein aus der Blase stammender Stein in den rechten Hepaticus gewandert, hatte sich durch Apposition vergrößert und den Gang verlegt. Hinter ihm hatten in dem erweiterten Gang sich Steine gebildet. Es wird noch darauf hingewiesen, daß diese Variation des Hepaticus nicht durch ein Stehenbleiben auf einer früheren Stufe der Entwicklung zu erklären ist, denn beim Mensch wird die Leber nicht paarig angelegt wie bei einigen Wirbeltieren. *Brüning* (Gießen).

Danis, Robert: La greffe de segments veineux sur les voies biliaires. (Die Überpflanzung von Venenstücken in die Gallenwege.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. 28, Nr. 3, S. 181—183. 1914.

Die Ersetzung ausgefallener Partien der Gallenwege mittels Drains oder Teilen

des Intestinums gaben bis jetzt schlechte Resultate. Verf. benutzte Venenstücke, um der Frage des Ersatzes näher zu kommen. Die Fragestellung lautete: 1. Halten die Venen den Gallendruck aus? 2. Bleiben sie in ihrem Kaliber konstant? 3. Werden sie nekrotisch? Zahlreiche Versuche an Hunden. Es wurden Stücke aus der Vena jugularis reseziert, die zur Vermeidung des Austrocknens vor Gebrauch in Paraffinum liquidum gelegt wurden. Die erste Versuchsreihe umfaßt Aufpflanzung von Venenstücken auf Gallenblasendefekte. Bei glatter Heilung war nach 3 Monaten makroskopisch kein Unterschied an der Gallenblasenwand zu erkennen. Bei 5 Hunden wurde ein Stück Vene zwischen Gallenblase und Ductus choledochus eingepflanzt: Gefäßnaht am Choledochus. End-zu-Seit-Anastomose an der Gallenblase. 4 so operierte Hunde starben an galliger Peritonitis, nur einer überlebte die Operation. Trotzdem Verf. auch bei der ersten Versuchsreihe Mißerfolge hatte, glaubt er, daß wegen der Möglichkeit besserer Asepsis und wenn die Technik der Operation besser geworden ist, die Aussichten der Anwendbarkeit beim Menschen günstig sind. *Mendelsohn* (Straßburg).

Schulz, J.: Ein Beitrag zur Gallensteinchirurgie. (*St. Petrus-Krankenh., Barmen.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 359—388. 1914.

Verf. bespricht zuerst die verschiedenen Erklärungen über die Entstehung von Gallensteinen. Darauf bespricht er die Therapie. Er wendet sich gegen die einseitige Betonung der internen Therapie und präzisiert seinen eigenen Standpunkt dahin, daß er zur Operation rät, wenn bei einer akuten Cholecystitis durch geeignete Behandlung der beständige Druckschmerz sich nicht beseitigen läßt, und wenn immer wieder Fieberanfälle auftreten. Beim Empyem, chronischen Hydrops und 6 Wochen bestehenden Choledochusverschlus wird ebenfalls operiert. Bei Angehörigen der arbeitenden Klasse wird aus sozialer Indikation bei rezidivierender Entzündung nach dem 3. Anfall operiert. Auch wird bei schwerer Cholangitis sofort zu einem Eingriff geschritten. Verf. verfügt über 737 Fälle. 677 reine Steinfälle ergaben eine primäre Mortalität von 1,6%; 60 mit andern Erkrankungen komplizierte Fälle hatten eine Operationssterblichkeit von 35%. Die Gesamtmortalität betrug 4,3%; nach Abzug der bösartigen Komplikationen 2,1%. Prinzipiell wird die Ektomie ausgeführt, da nach einfacher Cystostomie häufig (59) die Relaparotomie nötig war. Drei echte Rezidive schlossen sich an Cystendysen bei Solitärstein an.

Bei einem 3jährigen Mädchen fand sich schon ein den Cysticus verschließender Cholesterinstein. Ein 5jähriges Mädchen hatte eine schwere septische Cholecystitis. In einem Fall wurde ein Tumor durch die Bauchwand hindurch gefühlt und als Carcinom gedeutet. Bei der Operation erwies er sich als 72 g schwerer 10 : 3 cm großer Choledochusstein. Einmal fand sich eine Verdoppelung des Cysticus und des Blasenfundus, während die Blase selbst durch eine Scheidewand in zwei Teile geteilt war. Von 145 Ektomien hatte bei der Nachuntersuchung kein Patient Beschwerden. *Brüning* (Gießen).

Maylard, A. Ernest: Cholecystotomy in lieu of cholecystostomy in certain cases of cholelithiasis. (Cholecystotomie an Stelle der Cholecystostomie bei gewissen Fällen von Cholelithiasis.) Brit. med. journ. Nr. **2788**, S. 1229. 1914.

Verf. tritt dafür ein, die Drainage der Gallenblase zu beschränken zugunsten ihres direkten Nahtverschlusses. Er will die Cholecystotomie angewendet wissen, wenn der Patient nie ikterisch gewesen ist und kein Fieber gehabt hat, wenn sich bei der Operation eine nur mäßig vergrößerte Gallenblase ohne Adhäsionen findet, in der relativ große Steine lose liegen. Der Cysticus muß durchgängig sein. 20% seiner letzten Fälle entsprachen diesen Bedingungen. *Brüning* (Gießen).

Gibbon, John H.: The treatment of gall-bladder infections. With a report of twenty-six recent cases. (Die Behandlung der Gallenblaseninfektionen. Mit einem Bericht über 26 Fälle aus der letzten Zeit.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 24, S. 1880—1882. 1914.

Verf. tritt für die unbedingte sofortige Operation bei jedem klaren Falle von Cholecystitis ein und vergleicht das Abwarten von Komplikationen damit, als wenn

jemand beim Carcinom Metastosen und Kachexie vor dem Eingreifen abwarten wollte. Bei septischen Fällen läßt er nach Möglichkeit die akuten septischen Erscheinungen vorher abklingen. Das Operationsverfahren wird nicht genauer angegeben, scheint aber in der Eröffnung und Drainage der Gallenblase zu bestehen. In einem Falle fanden sich nach 4 Jahren mit Wiederkehr der Beschwerden wieder 27 Steine in der Gallenblase. Bei dieser zweiten Operation wurde die Gallenblase entfernt. Postoperative Blutungen bekämpfte Verf. angeblich erfolgreich mit Pferdeserum, das in Fällen mit verlangsamter Gerinnung auch prophylaktisch gegeben wurde. Fünf von den 26 Fällen hatten eine bestimmte Typhusanamnese. Von fünf Todesfällen war bei einem ein Carcinom der Gallenblase, bei einem zweiten ein Milzabsceß, bei den drei übrigen akute Cholangitis die Todesursache. Zwei Fälle mit akuter und drei mit chronischer Cholecystitis hatten keine Steine. Bei einem Falle mit Nierensymptomen wurde durch das Röntgenbild die richtige Diagnose gestellt, und es fand sich bei der Operation eine verkalkte Gallenblase mit Steinen. Keine neuen Gesichtspunkte. *Hochheimer* (Bocholt).

Everidge, J.: A case of non-parasitic cyst of the liver. (Ein Fall nicht parasitärer Lebercyste.) Lancet Bd. **186**, Nr. 25, S. 1748—1749. 1914.

Bei einem 16jährigen Mädchen traten im Laufe eines Jahres dreimal Anfälle von Ikterus und Leberschwellung auf, zuletzt mit erheblichen Schmerzen. Objektiv war nur eine fluktuierende Schwellung der rechten Leberseite zu konstatieren. Bei der Operation zeigte sich eine in der Lebersubstanz liegende Cyste medial von der Gallenblase. Die Punktion förderte eine große Menge grüner, klarer Galle zutage. Die eröffnete Höhle ging durch die ganze Leberfläche, so daß oben und unten nur die Glissonsche Kapsel mit einigen Leberinseln besetzt übrig war. Anastomose zwischen diesem Sack und dem Duodenum. Heilung. Verf. nimmt an, daß es sich um ein Divertikel eines Gallenganges handelte, das sich von Zeit zu Zeit durch eine enge Kommunikation entleerte. *Brüning* (Gießen).

Pisano, Giuseppe: Sui sarcomi primitivi del fegato e su la migliore conoscenza anatomo-clinica delle neoplasie epatiche. (Über die primären Sarkome der Leber und die bessere klinisch-anatomische Erkennung der Leberneubildungen.) (*Istit. di anat. patol., univ., Cagliari.*) Policlinico, sez. med. Jg. **21**, Nr. 4, S. 145—171 u. Nr. 5, S. 230—237. 1914.

Primäre Lebersarkome sind nicht so selten, wie man bisher anzunehmen pflegte, sie sind häufig irrtümlich als Lebercarcinome gedeutet worden. Verf. beschreibt klinisch und histologisch fünf von ihm beobachtete Sarkome der Leber, welche zu den endothelialen respektiv peri-endothelialen Angiosarkomen gehörten. Die endothelialen Lebersarkome kommen in sehr verschiedenen Formen vor (alveolären, kavernösen, periteliomatösen, zylindrischen usw.), sie sind von dem peritheliomen Leberangiosarkomen nicht immer streng zu unterscheiden. Die Angiosarkome der Leber kommen nicht mit Lebercirrhose vor im Gegensatz zu dem Epitheliomen der Leber, nur einzelne Formen der Fibrosarkome können Beziehungen zur Lebercirrhose haben. Klinisch sind nach Pepere die primären Lebersarkome von den Leberkrebsen zu erkennen. Das Volumen der Leber ist beim Sarkom ganz erheblich vermehrt, beim Carcinom nicht, Ikterus fehlt gewöhnlich beim Sarkom oder er tritt erst sehr spät ein, während er beim Carcinom konstant und frühzeitig vorhanden ist, endlich ist Ascites beim Sarkom selten und dann nur spärlich, während er beim Carcinom stets in erheblicher Menge beobachtet wird. *Herhold* (Hannover).

Pankreas:

Dietrich, Hans Albert: Pancreatitis acuta. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 322—338. 1914.

In den letzten 5 Jahren wurden am Eppendorfer Krankenhaus 17 Fälle von Pankreatitis acuta operiert. Davon war ein Fall auf ein Trauma zurückzuführen. Dem 6jährigen Jungen war 10 Tage vor der Operation ein Karren über den Leib gefahren. Operation im schwersten Kollaps. Es fanden sich Pankreas und Colon transversum durch die Quetschung aufs schwerste geschädigt, Tamponade, rasch einsetzende Besserung, Heilung. Die wenigen bisher beschriebenen Fälle von traumatischer Pankreatitis (Literaturzusammenstellung) zeigen eine auffallend günstige Prognose, vielleicht weil die Infektion fehlt, die bei den vom Darm fortgeleiteten Erkrankungen in der Regel

vorhanden ist. In den übrigen 16 Fällen wurde in 62,5% durch Operation oder Sektion eine Cholelithiasis festgestellt, während eine Durchsicht der Sektionsprotokolle des Jahres 1913 nur in 4% der Leichen den Befund von Gallensteinen ergab. Die Hälfte aller Patienten stand im 50.—60. Lebensjahre. Im Urin wurde nur einmal Zucker nachgewiesen, die Cammidgereaktion erwies sich als nicht genügend zuverlässig, aussichtsvoller dagegen die Abderhaldensche Reaktion, sie war bei allen Fällen operativ festgestellter Pankreatitis nur einmal negativ. Als auffälliger bisher nicht beachteter Befund wird hervorgehoben, daß das subcutane Fettgewebe der Bauchdecken nicht wie sonst locker hervorquellend, sondern derb speckartig ist, „gerade wie zwei Mauern stehen die Fettschichten beim Einschnitt sich gegenüber". Von 17 Fällen starben 13. Krankengeschichten, Literatur. *Moszkowicz* (Wien).

Dreesmann: Die chirurgische Therapie der akuten Pankreatitis. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 41—70. 1914.

Verf. erörtert die klinischen Symptome und die pathologische Anatomie der akuten Pankreatitis, betont die Bedeutung der Peritonitis pankreatica und stellt folgende Grundsätze für die Behandlung des Leidens auf: bei allen schweren Fällen und in leichten Fällen, in denen ein Gallensteinleiden vermutet wird, ist die sofortige Operation indiciert. Notwendig ist die Eröffnung und Drainage der Bursa omentalis mit Glasdrains, die mindestens 14 Tage liegen bleiben sollen. Stets sind die Gallenwege zu revidieren. Die Art des Eingriffs an ihnen ist von dem Kräftezustande des Patienten und von dem Befunde an der Gallenblase abhängig; sie soll wenn möglich erhalten werden. Mitteilung von 4 Krankengeschichten; 3 mal war die Pankreatitis mit Cholelithiasis vergesellschaftet. 3 Fälle wurden geheilt, einer starb.

Nordmann (Berlin).

Walter-Sallis, Jean: Tuberculose primitive du pancréas. (Die primäre Tuberkulose des Pankreas.) Rev. de la tubercul. Bd. **11**, Nr. 2, S. 114—127. 1914.

Die primäre Tuberkulose des Pankreas ist sehr selten; Verf. konnte nur 6 derartige Fälle aus der Literatur zusammenstellen. Die Krankheit tritt in zwei Formen auf. Bei der ersten findet sich eine tuberkulöse Erkrankung des Lymphsystems im Bereiche des Pankreas, während das Drüsengewebe selbst intakt bleibt. Je nach der Lokalisation der Drüsentumoren besteht Ikterus oder nicht. Heftige Schmerzen oder Verdauungsstörungen fehlen meistens. Diese Form kann man auch die chirurgische nennen, weil nach Exstirpation der erkrankten Lymphdrüsen Heilung eintritt. Bei der zweiten der medizinischen Form kommt es auf toxischem Wege zu einer vollständigen Atrophie des Pankreas. Klinisch finden sich alle Ausfallserscheinungen der Drüsensekretion sowie hochgradiger Diabetes. Die Prognose ist ungünstig. Verf. ist der Ansicht, daß in vielen Fällen von Diabetes, die auftretende Lungentuberkulose das Primäre ist, indem sie schon in ihrem Latenzstadium durch ihre Toxine eine Atrophie des Pankreas herbeiführt. *v. Winiwarter* (Oberhollabrunn).

Milz:

Hammond, F. A. L.: A case of ruptured spleen, splenectomy, recovery. (Fall von Milzruptur, Splenektomie, Heilung.) Indian med. gaz. Bd. **49**, Nr. 6, S. 225 bis 226. 1914.

Hoffmann, H.: Zur Chirurgie der Milz. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 396—436. 1914.

Verf. berichtet über 17 Operationen an der Milz (7 Fälle stumpfer Verletzung, 2 offene Wunden, 2 tuberkulöse Erkrankungen, eine Lues, 5 Fälle von Bluterkrankung und zwar 1 Erythrocythämie, 1 Osteosklerose, 1 hypertrophische Cirrhose, 2 Morbus-Banti). Die einschlägigen Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt, und besonders die postoperativen Blutbefunde werden beschrieben. Bei der Diagnosenstellung der intraperitonealen Milzverletzung wird der Symptomenkomplex geschil-

dert und auf die Schwierigkeit des Nachweises einer Milzruptur hingewiesen. Bei 6 Fällen fand sich die Temperatur leicht erhöht. Nach Abklingen des Schocks wurde bei peritonealen Reizerscheinungen sofort eingegriffen. 6 mal war die Milz so zerrissen, daß sie entfernt werden mußte, einmal konnte sie genäht werden. Letztere Methode soll auf kleine, isolierte Risse beschränkt bleiben. Die Prognose wird getrübt durch Mitverletzung anderer Organe — einmal war die transperitoneale Nephrektomie notwendig. Dieser Fall, bei dem auch das Mesenterium und eine Darmschlinge gequetscht war, endete tödlich. Gleichzeige Verletzungen des Pankreas wurden zweimal beobachtet. Interessant war eine subkapsuläre Milzruptur infolge von Hufschlag. Außer dem genannten Fall starb noch einer an Pneumonie. 5 Kranke wurden geheilt. 2 Fälle von Milzschußverletzung wurden operiert — einer wurde geheilt, einer starb an Pneumonie. Der Schulterschmerz wies auf eine Blutung im subphren. Raum hin. Die beiden Fälle von Milztuberkulose — das Organ zeigte eine beträchtliche Größe — wurden geheilt; einer starb $1^1/_2$ Jahre später an Miliartuberkulose, der andere machte ein langes Krankenlager wegen fistulöser, circumscripter Tuberkulose des Peritoneum durch. Interessant ist der Fall von Milzlues; es handelte sich um einen großen Tumor. Antiluetische Kuren waren erfolglos. Trotz einer sekundären Pneumonie, eines Empyems, und eines Ascites konnte bei einer 2 Jahre später vorgenommenen Nachprüfung festgestellt werden, daß die Patientin völlig gesund war. Die Fälle von Polycythämie, Osteosklerose, und fortschreitender Milzvenen- und Pfortaderthrombose endeten tödlich; die splenogene, hypertrophische Cirrhose wurde geheilt. Die postoperativen Blutveränderungen waren vorübergehender Art. Die operative Technik wird kurz besprochen und besonders auf sorgfältige Abbindungen der Stielgefäße, Vermeidung der Verletzung benachbarter Organe, besonders des Pankreas Wert gelegt. Die Einlegung eines Sicherheitsdrains wird empfohlen. *Nordmann* (Berlin).

Harnorgane:

Peugniez, P.: La constante d'Ambard. (Die Ambardsche Konstante.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **23**, Nr. 5, S. 277—281. 1914.

Stevens, William E.: The comparative value of modern functional kidney tests. (Vergleich über die Wertigkeit der modernen Nierenfunktionsprüfungen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 20, S. 1544—1545. 1914.

Vergleichende Untersuchungen der Phenolsulphophthaleinprobe, der Phlorrhizin- und Harnstoffproben vom Standpunkte der urologischen Diagnostik. Im Prinzip leisten alle drei Methoden gleich Gutes, ein einseitiges Bevorzugen der Phthaleinprobe, wie es in Amerika heute Mode geworden, hat keine Berechtigung. Man sollte jedoch sich nie mit einer einzigen Funktionsprüfung begnügen, da hierdurch oft Fehlschlüsse provoziert werden. Die Vereinigung der drei genannten Proben in der vom Verf. angegebenen Methodik nimmt nicht zu viel Zeit in Anspruch und leistet für die Diagnostik gute Dienste. *Barrenscheen.*[M]

Harvey, Richard W.: A case of multiple renal arteries. (Ein Fall von überzähligen Nierenarterien.) (*Hearst anat. laborat., univ. of California, Berkeley.*) Anat. rec. Bd. **8**, Nr. 6, S. 333—339. 1914.

Bei der Sektion eines an chronischer Nephritis gestorbenen Mannes fand Harvey außer einer von der Norm stark abweichenden Form der Nieren noch mehrere überzählige Gefäße und zwar waren rechts zwei, links eine Arteria renalis vorhanden, die direkt aus der Aorta hervorgingen. Unterhalb des Abgangs der Mesent. inf. entsprang eine Arterie, die sich bald in je einen Ast für jede Niere teilte, während eine unterste Nierenarterie jederseits aus der Iliaca communis entsprang. Dementsprechend waren beiderseits je zwei Nierenvenen, die in die Cava münden, und je ein dünner Stamm beiderseits der zur Vena iliaca sinistra verlief. *Marcuse.*

Basile, Giovanni: Sulle modificazioni dell'apparato reticolare interno di Golgi nell'epitelio renale di animali nefrectomizzati. (Über die Veränderungen des Golgischen

Fasernetzes im Nierenepithel nephrektomierter Tiere.) (*Istit. anat., univ. Catania.*) Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. Bd. **31**, H. 1/3, S. 1—7. 1914.

Nach einseitiger Nephrektomie findet Verf. beim Meerschweinchen eine Zunahme des Golgischen Fasernetzes in den Epithelien der Harnkanälchen. *Joannovics.*[M]

Tichý, Hans: Klinischer und experimenteller Beitrag zur Operation der Wanderniere. (*Chirurg. Univ.-Klin., Marburg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **130**, H. 1/2, S. 17—56. 1914.

Verf. gibt einen historischen Überblick der bisherigen palliativen und operativen Behandlungsmethoden der Wanderniere und geht dann des Näheren auf die plastischen Methoden der neueren Zeit ein, welche die Funktion des Organs am wenigsten schädigen würden. Die Bildung gestielter Muskel- und Sehnenzügel aus dem M. quadratus lumborum, M. longissimus dorsi wurde von Davies, Poullet, Ramsay, Carless, Sottocasa, Kukula, Bardenheuer, Lenk, Tenani vorgenommen, die Bildung gestielter Fascienlappen aus der Fascia lumbo-dorsalis, Fascia transversa von Melkonjautz, Bell und freitransplantierter Lappen aus der Fascia lata von Ach, Th. Kocher, Henschen, Cordua, schließlich die Bildung von Periost- und Periostknochenlappen von Mariani, Monzardo. Tichý beschreibt nun eine von König ausgeführte Periostringmethode. Periooststreifenbildung aus der 12. Rippe, Durchzug des $1/_2$ cm breiten und 6 cm langen Streifens unter der Capsula fibrosa der Niere in der Gegend des oberen Poles, Aufhängung der Niere an der 12. Rippe. Dazu kam eine Vernähung der Ränder der an der Convexität der Niere gespaltenen Capsula fibrosa mit der Fascia lumbodorsalis. Die Periostringmethode Königs erziele eine gute Fixation der Niere. Histologische Untersuchung am Tier ergab, daß das Periost vermöge seines Baues und seiner Neigung zur Proliferation fest zwischen Nierenkapsel und Niere einheilt, ohne seine Struktur zu verändern, die aus elastischen Fasern bestehende Schicht sendet an verschiedenen Stellen feine Fortsätze tief ins Nierengewebe hinein. Das Periost besitze in dieser Hinsicht Vorzüge vor der Fascie, die Fascie schrumpfe, die Fortsätze in die Niere seien spärlich. Am Schluß der Arbeit bringt Verf. ein Literaturverzeichnis von 461 Nummern zur Ergänzung und Fortführung des Verzeichnisses von E. Küster. *Gebele* (München).

Bauereisen, A.: Über Pyelitis gravidarum. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Jg. **5**, H. 7, S. 27—34. 1914.

Pousson, A.: Néphrites traumatiques. (Traumatische Nephritiden.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 6, S. 691—713. 1914.

Pousson beschäftigt sich mit der Frage, ob ein Trauma der Nierengegend imstande ist, eine chronische (Brightsche) Nephritis zu verursachen, und spricht sich in bejahendem Sinne aus. Zu den 12 Beobachtungen der Literatur, welche für diese Möglichkeit sprechen, fügt er eine dreizehnte eigene zu. Kurze Wiedergabe der 13 Krankengeschichten. Hämaturie war fast bei allen Kranken vorhanden. Sie trat gewöhnlich schon bei der ersten Miktion nach dem Trauma auf, manchmal erst nach einigen Tagen, einmal erst nach 32 Tagen nach der Verletzung. Die Symptome der chronischen Nephritis folgten meistens einer subakuten mit Fieber einhergehenden Nierenentzündung. Merkwürdig ist das wiederholt beobachtete einseitige Auftreten von Ödemen, und zwar auf der Seite der Verletzung. Die meisten Fälle waren von Oligurie begleitet. Die Abhandlung schließt mit einem Versuch, die Pathogenese des Leidens festzustellen. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Lynch, Daniel J.: Decapsulation of the kidney. Its value in Bright's disease, particularly in resistant cases. (Dekapsulation der Niere. Ihr Wert bei Brightscher Krankheit, besonders in hartnäckigen Fällen.) New York med. journ. Bd. **99**, Nr. 23, S. 1127—1128. 1914.

Verf. berichtet nach Schilderung der Technik, Indikationsstellung und der Operationsresultate von Edebohls über eine Dekapsulation beider Nieren bei einer 57jährigen

Patientin mit chronischer interstitieller Nephritis und urämischen Erscheinungen. Lynch nahm die Capsula propria nicht ganz weg, sondern ließ zu beiden Seiten des Nierenbeckens einen Streifen stehen. Die Streifen benutzte er, nachdem die Capsula adiposa vollständig entfernt war, zur Fixation der Niere. Am 4. Tag nach der Operation verschwanden Eiweiß und Zylinder. In der 5. Woche konnte Patientin aus dem Krankenhaus entlassen werden. Die Nachkontrolle ergab ein spez. Gew. des Urins von 1020 und eine Gewichtszunahme der Patientin um 34 Pfund. 2 weitere Fälle liegen zu kurz zurück und kann Verf. noch nicht über ein Endresultat berichten. *Gebele* (München).

Harttung, Heinrich: Wirbelmetastasen nach Hypernephrom. (*Allerheil.-Hosp., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 25, S. 1269—1270. 1914.

Das Hypernephrom hatte außer dem Befund von Erythrocyten im Urinsediment klinisch keine Erscheinung gemacht, während die ausgedehnte Metastasierung in der Brustwirbelsäule schwere Rückenmarkssymptome verursachte. Eine Laminektomie brachte keine Besserung der Kompressionserscheinungen. *Marcuse* (Berlin).

Butler, Raymond de: Le choix d'une incision pour la néphrectomie. (Wahl des Schnitts bei Nephrektomie.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 87, Nr. 71, S. 1171 bis 1173. 1914.

Vertikalincisionen sind schlecht, von der Transversalen erwähnt er drei. 1. Schräger Flankenschnitt nach Guyon und Israel (Bergmann, Israel). Diese Incision gibt wenig Helligkeit und schmalen Zugang. 2. Querschnitt unterhalb des Rippenbogens. 3. Subseröse vordere Incision nach Louis Bazy, sie ermöglicht Operation des Patienten in Rückenlage und erscheint dem Autor als das Beste. Vorzüge: Gewährleistung eines leichten Zugangs zu allen Bauchorganen, Patient liegt für sich selbst und den Operateur in einer bequemen Lage. Als Rekonvaleszent hat er eine angenehme Lage im Bett, darüber hinaus vereinigt sie die Vorzüge einer extraperitonealen mit einer transperitonealen Operation. Lokalanästhesie nach Pauchet und Sourdat ist der Narkose vorzuziehen.

Patient liegt auf dem Rücken mit einem Kissen unter der unteren Rippen- und oberen Lendengegend, wie bei einer Gallensteinoperation. Der Operateur steht an der Krankenseite, der Assistent ihm gegenüber. Der quere oder leichte schräge Schnitt beginnt etwas unterhalb des 11. Rippenendes, so weit nach außen als möglich, führt nacht der Medianlinie zu und endet in der Mitte des Rectus zwischen Magen und Xiphoid, dieser Punkt korrespondiert mit dem Nierenhilus (1. Wirbelkörper). Eröffnung der Muskulatur möglichst weit hinten, und erst nach Durchschneidung und Zurückschieben des präperitonealen Gewebes verlängert man den Schnitt nach vorne. Den Rand des Rectus legt man sich durch einen Vertikalschnitt frei und zieht den Muskel nach innen. Der Operateur führt dann die Hand zwischen Peritonealsack und Bauchwand ein und schiebt Peritoneum und Nierenloge, die es umgreift, zurück. Freilegung der hinteren Fettkapsel durch Incision der Fascia retrorenalis unter Leitung des Auges, Fixierung durch Klemmen. Wenn die hintere Nierenfläche bloß liegt, macht man die Vorderfläche frei, ohne sich um die Pole zu kümmern. Zuletzt geht die Hand auf den Nierenstiel zu und trennt die Vorderfläche der Niere vom Peritonealsack, der durch einen Bauchspatel zurückgehalten wird. Freimachung des Stiels unter Leitung des Auges, blutende Gefäße können sofort gefaßt werden. Verfolgung des Ureters weit nach unten und Abtragung durch Thermokauter. Unterbindung des Nierenstiels bei dieser Incision sehr leicht. Ev. Drainage nach hinten nach Anlegung einer neuen Öffnung. Verschluß der Bauchdecken durch Naht in gewöhnlicher Weise.

Wertheim (Coburg).

Zoeppritz, B.: Schwangerschaft und Nephrektomie. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 3, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 48—60. 1914.

Nach eingehender Besprechung der bereits vorhandenen sich mit obiger Frage beschäftigenden Arbeiten und kritischer Beleuchtung der in diesen dargelegten Anschauungen teilt Zoeppritz das einschlägige Kümmellsche Material mit. In sieben Fällen, in welchen bei gesunder zweiter Niere die Nephrektomie wegen Tuberkulose ausgeführt wurde, blieben die Patienten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung vollkommen gesund. Unter den sieben an eitriger Erkrankung der Niere operierten Fällen (Nephrektomie) überstanden fünf Kranke die späteren Schwangerschaften und Geburten glatt, in einem Fall mußte nach voraufgegangener Frühgeburt mit lebensfähigem Kind der Abort wegen stark eiterhaltigen Urins und leichter urämischer Erscheinungen eingeleitet werden. Z. ist geneigt, hier eine nicht

völlige bakterielle Ausheilung anzunehmen, wodurch unter den disponierenden Momenten der Schwangerschaft die Pyelitis bzw. Pyelonephritis zustande kam. Zwei wegen Wanderniere und Hydronephrose nephrektomierte Patienten überstanden ihre Schwangerschaften ohne Beschwerden. Ein Resectio renis (Cyste) abortierte, wie Z. annimmt infolge vorgerückten Alters der Patientin. Z. kommt zu dem Schluß, daß die Gefahren einer Gravidität nach Nephrektomie weder für die Mutter noch für die Frucht hoch einzuschätzen sind, vorausgesetzt, daß die zurückbleibende Niere vollkommen gesund ist. Insonderheit glaubt er negieren zu müssen, daß die zurückbleibende Niere eine besondere Disposition zur Schwangerschaftsnephritis besitzt. Die Fälle von Nierentuberkulose haben eine gute Prognose, wenn der Heiratskonsens nicht vor frühestens 2 Jahren p. op. gegeben wird. Nach Nephrektomie wegen eitriger Affektion kann die Ehe gestattet werden, sobald die bakteriologische Untersuchung ein einwandfrei negatives Resultat ergeben hat.

Rehn (Jena).

Friedheim: Über metastatische renale und perirenale Abscesse. Zeitschr f. urol. Chirurg. Bd. **3**, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 61—82. 1914.

Friedheim bereichert die Kasuistik durch Mitteilung von 16 operativ behandelten Fällen obiger Erkrankungsformen (6 eigene, 10 in Eppendorf, I. chir. Abteilung, gemachte Beobachtungen). Abgesehen von zwei Fällen, welche durch Hinzutreten interkurrenter Krankheiten zum Exitus kamen, gelang es in 13 Fällen durch Spaltung des Abscesses, einmal durch Entfernung der von multiplen Abscessen durchsetzten Niere, Heilung herbeizuführen. Wie die meisten Chirurgen verlangt auch F. die Frühoperation. Zur Erleichterung der Frühdiagnose hält er eine genaue Urinuntersuchung in Sonderheit auf Bakterien (Baum) für wesentlich. Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis angegliedert. *Rehn* (Jena).

Dumitresco, D., et J. Buia: Un cas de rupture traumatique de l'uretère. Quelques mots sur le diagnostic des ruptures urétérales traumatiques. (Ein Fall von traumatischer Zerreißung des Ureters. Einige Bemerkungen über die Diagnostik der traumatischen Harnleiterzerreißungen.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **87**, Nr. 72, S. 1190—1191. 1914.

52jähriger Mann. Kompressionsfraktur des Beckens. Eine allmählich zunehmende Schwellung in der rechten Fossa iliaca wird für ein Hämatom gehalten. Wegen Infiltration der Dammgegend Freilegung der rupturierten Harnröhre und Drainage. Incision in der rechten Fossa iliaca ergibt ein urinöseiteriges Exsudat. Sepsis, Exitus nach 4 Tagen. Die Sektion zeigt als Ursache eine fast komplette Ruptur des rechten Ureters. *W. Israel* (Berlin).

Johnston, J. Ambrose: Exstrophy of the bladder. (Blasenektopie.) Lancet-clin. Bd. **111**, Nr. 24, S. 692—694. 1914.

Fall von Blasenektopie, bei dem der Verf. zuerst versucht hatte, den Ureter (es war nur ein solcher vorhanden, die andere Niere war atrophisch) hinter der Vagina hindurch in die Portio analis einzupflanzen, was mißlang. In einer zweiten Sitzung wurde dann mit Laparotomie der Ureter in die Flexur schief eingepflanzt, mit gutem Erfolg für 3 Jahre. Eine Attacke von Nephritis heilte spontan ab. — Im Anschluß an den Krankenbericht werden die verschiedenen Stadien des unvollkommenen Blasenverschlusses erörtert und die bisher empfohlenen Methoden zu ihrer Beseitigung kurz aufgezählt. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Heitz-Boyer, M.: La cystoscopie dans la tuberculose vésicale. (Die Cystoskopie bei Blasentuberkulose.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 6, S. 755—766. 1914.

Die Cystoskopie bei Blasentuberkulose ermöglicht nicht nur die Diagnose, sondern erlaubt auch, die zugrunde liegende Nierentuberkulose zu lokalisieren. Der Technik stellen sich beim Vorhandensein von Cystitis — Schrumpfblase — häufig große Schwierigkeiten entgegen. Lange Vorbehandlung, um die Kapazität der Blase zu erhöhen. Verabreichung von Methylenblau, Injektion von Öl in die Blase, Einleitung von Joddämpfen usw. Außerdem kommt Lokalanästhesie-Injektion von Cocainlösung und allgemeine Narkose oder Rückenmarksanästhesie zur Anwendung. Die Empfindungslosigkeit der Blase birgt die Gefahr von Überdehnung und Zerreißung der Blasenwand in sich, dabei entstehende Blutungen machen Cystoskopie unmöglich. — Blasentuberkulose ist häufig durch Mischinfektion kompliziert. Bilder der unkomplizierten

Blasentuberkulose sind typisch und ermöglichen die sichere Diagnose. Tuberkulöse Cystitis hat keinen eigenen Charakter und unterscheidet sich in nichts von gewöhnlicher Cystitis, Diagnose durch Nachweis von Tuberkulosebacillen. Bei der eigentlichen Blasentuberkulose finden sich typische Veränderungen auf einer normalen Schleimhaut. Kapazität kaum vermindert, keine stärkere Schmerzhaftigkeit. Diese Latenz der Erscheinungen ist eine Folge des sekundären Charakters der Blasentuberkulose, sie können daher auch rasch und spontan abheilen, wenn das Primäre, die erkrankte Niere, entfernt ist. Blasenveränderungen: 1. Granulationen, 2. Geschwürsbildung, 3. Veränderung in der umgebenden Schleimhaut, 4. Uretermündung. — Anfangserscheinungen: Tuberkelknötchen, halbkugelige kleine Erhebungen auf der Schleimhaut von Stecknadelkopfgröße. Sie sind zuerst durchscheinend grau, später gelb, um bald darauf zu abscedieren. Sie sind von einem feinen roten Hof umgeben — Gefäßinjektion — und stehen immer mit Gefäßen in Zusammenhang. Sie kommen einzeln und multipel in perlenkettenähnlichen Reihen vor und laufen dann meist mit einer Gefäßverzweigung. Lieblingssitz: Umgebung der Ureterenmündung. Autor unterscheidet zwischen Ulceration und Exulceration. Die Ulceration, durch Substanzverlust entstanden, stellt einen kleinen Krater dar. Die einfache Exulceration springt aus der umgebenden Blasenwand vor; genaue Beschreibung der einzelnen Teile dieser Geschwüre. Ihre Größe schwankt zwischen Linsen und Zweimarkstückgröße. Blasenschleimhaut zeigt zuweilen die von Caspar und Pasteau zuerst beschriebenen ekchymotische Plaques, die durch Vermehrung und Erweiterung von Blutgefäßen entstehen und seltener größer als eine Linse oder Bohne sind. Renale Blasentuberkulose manifestiert sich fast stets durch Veränderung an den Ureterenmündungen — trotzdem ist die Meatoskopie als einzigstes Kriterium für den renalen Sitz oft ungeeignet und zu Irrtümern verleitend. Veränderungen bestehen in entzündlicher Rötung der die Ureterenmündungen umgebende Zone, später exulceriert dieselbe oder es kommt zur Ulceration des Ureters selbst ,der sich dann als kraterförmige Öffnung von einer ödematösen Partie umgeben präsentiert. Selten zeigen die Ureterenmündungen Symptome der Sklerose, sie werden rigid, eingezogen, manchmal springen sie auch polypenförmig vor. Im Gegensatz zu Caspar und Kneise hält Autor die tuberkulösen Blasenläsionen für sehr wichtige diagnostische Anzeichen. Differentialdiagnostisch glaubt er die Cystisisgranulosa von Tuberkuloseknötchen dadurch entscheiden zu können, daß sie weniger konvex, mehr abgeflacht, nicht transparent sind und keinen entzündlichen Hof haben. Schwieriger ist die Unterscheidung von kleinblasigem Ödem. Diese kleinen Cystchen sind völlig transparent, glänzend, auch ihnen fehlt der Entzündungshof, sie stehen in keiner Beziehung zur Gefäßverzweigung. Von Geschwüren erscheint ihm die Form, die er Exulceration nennt, so charakteristisch, daß sie zur Verwechslung nicht führen kann, während die eigentliche Ulceration sich nicht von einer nichttuberkulösen unterscheidet. Besprechung von Carcin. syphil. und simplen Ulcera. Rötliche Plaques kommen auch bei der subakuten gonorrhoischen Cystitis vor. Zusammenvorkommen der oben erwähnten Erscheinungen machen natürlich Diagnose absolut sicher. Lokalisierung von Veränderungen an einer Ureterenöffnung oder am Blasenscheitel spricht für renalen Ursprung. *Wertheim* (Coburg).

Vitry, Georges: La réaction au permanganate (dite de Moriz Weiss) dans l'urine des tuberculeux; sa valeur pronostique. (Die Permanganatreaktion nach Moritz Weiß im Urin Tuberkulöser. Ihr prognostischer Wert.) Rev. de la tubercul. Bd. **11**, Nr. 3, S. 177—192. 1914.

Die Reaktion besteht darin, daß nach Zusatz von einigen Tropfen Kaliumpermanganat 1 : 1000 zu auf $^1/_3$ verdünnten Urin eine goldgelbe Farbe auftritt. Nach Weiß wird dadurch Urochromogen, eine tiefere Oxydationsstufe des Urochroms nachgewiesen. Die Reaktion findet sich in schweren Fällen von Tuberkulose mit ernster Prognose. Bei häufigerem positiven Anfall handelt es sich um eine schwere und vielleicht schnell tödliche Form. Eine negative Reaktion bedeutet im All-

gemeinen eine ziemlich gute Prognose und langsame Entwicklung des Leidens. Die Weißsche Reaktion ist empfindlicher, weniger unregelmäßig und einfacher als die Ehrlichsche Diagoreaktion. Sie verhält sich zumeist umgekehrt wie die Kutanreaktion. *W. Israel* (Berlin).

Oraison, J.: Traitement des tumeurs de la vessie par les courants de haute fréquence. (Behandlung der Blasengeschwülste mit Hochfrequenzströmen.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **35**, Nr. 14, S. 160—163. 1914.

Es wird die Technik des Vorgehens von Beer (Elektrokoagulation) und die des Vorgehens von Heitz-Boyer (Etincelage) geschildert. Beide Prozeduren ergeben gute Resultate, die erstere langsamer, die zweite schneller. Bei größeren Tumoren ist Abtragen nach Sectio alta und Behandlung der Ansatzstelle durch Elektrokoagulation zu empfehlen. Vorsicht ist dabei am Platze, da durch zu tiefe Verschorfung es zu einer Spätperforation der Blase kommen kann. Autor hat zwei Fälle von Tumorrezidiven nach Sectio alta mit Erfolg durch die Methode von Heitz-Boyer behandelt. Diese Art der Behandlung kann in vielen Fällen bei Tumoren mittlerer Größe die Behandlung durch Eröffnung der Blase ersetzen, bei großen Tumoren die Operation ergänzen, bei inoperablen Geschwülsten den Zustand des Patienten erträglicher gestalten, und die Rezidive im Anfangsstadium vernichten. *v. Lichtenberg* (Straßburg i. E.).

Desnos, E.: Valeur hémostatique de l'électro-coagulation des tumeurs vésicales. (Der blutstillende Wert der Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten.) Journ. d'urol. Bd. **5**, Nr. 6, S. 715—721. 1914.

Desnos erzielte bei 3 Fällen von Blasengeschwülsten infolge der Elektrokoagulation und Thermopenetration nicht nur ein Absterben der Blasengeschwulst sondern auch das sofortige Aufhören der oft sehr abundanten Blutung. *v. Lobmayer* (Budapest).

Männliche Geschlechtsorgane:

Hesse, Friedrich Adolf: Chirurgische Betrachtungen zur Tuberkulose der Prostata. (*Chirurg. Klin., Greifswald.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 25, S. 1157—1161. 1914.

Verf. betont die große Häufigkeit der Prostatatuberkulose, die unter den Urogenitaltuberkulosen fast an erster Stelle steht. Bei der schlechten Prognose der konservativen Behandlung empfiehlt er prinzipiell die Operation (besonders nach Völker). Indes geben der Allgemeinzustand des Patienten, der primäre Sitz der Tuberkulose in der Niere, endlich die Tatsache, daß Ausheilen der Prostatatuberkulose nach Kastration einwandsfrei beobachtet worden ist, mancherlei Gegenindikationen des operativen Vorgehens. *Burckhardt* (Berlin).

Wishard, William N.: Pre- and post-operative treatment of prostatectomy. (Vor- und Nachbehandlung der Prostatektomie.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 10, S. 258 bis 260. 1913.

Verf. legt Wert darauf, die Menge des Residualharns genau festzustellen und ganz allmählich zu vermindern, bevor er an die Operation herantritt. Bei Cystitis empfiehlt er Dauerdrainage durch Verweilkatheter oder häufiges Kathetrisieren. Zur Hebung des allgemeinen Stoffwechsels verordnet er oft zu wiederholende Tröpfcheneinläufe von physiologischer Kochsalzlösung in das Rectum und das Trinken von großen Mengen Wassers. In den Fällen, in denen trotzdem und trotz diätetischer allgemein hygienischer und medikamentöser Behandlung keine Besserung eintritt, erscheint ihm die Operation gefährlich. Warnung vor kritikloser Verordnung von Urinantisepticis wegen Magen- und Nierenschädigung. Ist der Urin alkalisch, stinkend und ist reichlich Eiter vorhanden, so ist Urotropin für einige Tage vor und nach der Operation zu geben. Als Anästhesierungsmittel gibt er Äther, dem er sofort nach Beendigung der Operation 0 folgen läßt, während der Narkose subcutane Kochsalzinfusion, das Herz kräftigt er durch Strychnin. Für sehr wichtig hält er die sofortige Irrigation der Blase durch doppelläufigen Katheter für 2—4 Stunden. Nach perinealer Operation empfiehlt er Metall-

kanülen, die er am Tage nach der Operation durch einen Gummidrain ersetzt, für suprapubische Nachbehandlung verwendet er 2 weiche Gummidrains von 30 und 14 Chariere, wobei er darauf achtet, daß sie den Blasengrund nicht berühren, nach 48 Stunden wird das kleinere entfernt. Bei schwerem Shock fügte er dem Kochsalz mit gutem Erfolg Adrenalin zu und gab das Kochsalz intravenös. Er warnt vor zu frühen Aufstehenlassen des Patienten, empfiehlt aber häufigen Lagewechsel im Bett. Zur Beseitigung von bestehenbleibenden Urinfisteln excidiert er sorgfältig das Narbengewebe, curettiert die tieferen Schichten des Fistelgangs und näht sodann. Gleichzeitig führt er einen Verweilkatheter ein. Gegen Inkontinenz dilatiert er die Urethra prostatica und das Orificium urethrae internum unter Verwendung eines Kollmannschen Dilatators.
Wertheim (Coburg).

Carlier, V.: La prostatectomie en deux temps. (Die zweizeitige Prostatektomie.) Clinique (Bruxelles) Jg. 28, Nr. 24, S. 369—373. 1914.

Die Methode der Wahl für die Behandlung des Prostataadenoms ist nach Verf. die Prostatektomie und zwar die Prostatectomia suprapubica, da die perineale Operation nur von den Kontraindikationen der Prostatect. transvesicalis leben kann. Die Mortalität der Operation beträgt nach Freyer 5,5%, kann aber noch wesentlich verringert werden, wenn man nach Verf. zweizeitig vorgeht, d. h. als Voroperation die Cystotomie ausführt, mindestens in allen Fällen von Infektion, Urämie oder Überdehnung der Blase.

Bezüglich der Technik der Operation empfiehlt Verf. Lokalanästhesie mit Novocain, hohe Fixation der Peritonealumschlagsfalte durch eine Catgutnaht (zur Erleichterung der späteren Prostatektomie), möglichst kleine Incision in die Blase, Einführung eines Malécotschen Katheters Nr. 20 und Anheftung der Blase an die Bauchwand. Die Mortalität dieser Operation ist Null. Dauer der Drainage verbunden mit geeigneter Diät ein Monat bis $1^1/_2$ Jahr. Die Patienten werden durch die Fistel so wenig geniert, daß manche sie behalten wollen und die Prostatektomie verweigern.

Was die Resultate der zweizeitigen Prostatektomie anlangt, so sind alle bisher Operierten, 28 an der Zahl, geheilt. Ihr Zustand war so schlecht, daß nach Verf. Meinung bei einzeitiger Operation vier Fünftel davon gestorben wären. Verf. dehnt die Indikationen zur zweizeitigen Operation auf alle Fälle aus, die zu irgendwelchen Bedenken hinsichtlich ihrer Nierenfunktion Anlaß geben. *Kempf* (Braunschweig).

Legueu, F.: L'anesthésie locale de la prostatectomie. (Lokalanästhesie der Prostatektomie.) Journ. d'urol. Bd. 5, Nr. 6, S. 775—777. 1914.

Legueu beschreibt seine Technik der örtlichen Schmerzbetäubung bei Prostatektomie, durch die es ihm bei 16 Fällen gelungen ist, nicht nur die Eröffnung der Blase, sondern die gesamte transvesicale Prostatektomie ausschließlich unter örtlicher Schmerzbetäubung auszuführen. Er bedient sich dazu besonders gearbeiteter, 20—30 cm langer und in verschiedener Weise gekrümmter Nadeln und verbraucht 120—140 ccm einer halbprozentigen Novocainlösung mit Adrenalinzusatz. Es wird zunächst in gewöhnlicher Weise die Blase freigelegt, dann die Blasenwand gesondert infiltriert, eröffnet und nun die Prostata von der Blase aus umspritzt, wobei Einspritzungen in das Gewebe der Prostata selbst zur vermeiden sind. Auch die zu durchtrennende Stelle der Harnröhre wird besonders infiltriert. *M. v. Brunn* (Bochum).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Engelmann, F.: Wozu bedarf der Gynäkologe allgemein-chirurgische Kenntnisse? Zugleich ein Beitrag zur Frage der künstlichen Scheidenbildung und der Promontoriumresektion zwecks Beckenerweiterung. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 561—571. 1914.

Verf. zählt eine ganze Reihe chirurgischer Eingriffe auf, die der Gynäkologe gelegentlich ausführen muß; er fordert daher von dem Gynäkologen eine allgemeine chirurgische Vorbildung und empfiehlt einen engeren Konnex der Gynäkologie und der Chirurgie zwecks Zusammenarbeiten an Problemen der Grenzgebiete.

Mitteilung eines Falles von plastischer Neubildung der Scheide bei totalem Defekt aus dem unteren Rektum nach Schubert, eine Methode, die der Verf. der Plastik aus der Flexur nach Albrecht vorzieht und die er der früher angewandten Methode der Plastik aus dem Dünndarm nach Baldwin-Mori überlegen hält. Die aufgetretene sakrale Kot- und die Scheidendarm-

fistel, die operativ geschlossen werden mußten, schreibt Verf. vermeidbaren technischen Fehlern zu. Ferner Mitteilung eines Falles von Uterusruptur mittels Abortzange, bei der wegen Darmzerreißung 80 cm Dickdarm reseziert wurden; weitere Mitteilung eines Falles von Promontoriumresektion nach Rotter-Schmidt, bei der zur Erzielung einer Erweiterung des engen Beckens eine 7—8 cm lange 12 mm dicke Knochenspange an dem doppelten Promontorium abgemeißelt wurde. *Blezinger* (Stuttgart).

Hausmann, Theodor: Ergebnisse der methodischen Palpation der Ileocöcalgegend mit besonderer Berücksichtigung der ektopischen Eileiter. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **39**, H. 6, S. 772—788. 1914.

Hausmann geht von seiner Methode der Palpation der Ileocoecalgegend aus, deren Wesen er kurz skizziert und geht sodann auf die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Affektionen der oberen Harnwege ein, bei welch letzteren auch ein Psoasschmerz auftritt, der jedoch hoch hinaufreicht. Ferner findet sich lumbaler Sukkussionsschmerz und gibt die genaue Sedimentuntersuchung des Harns nähere Aufschlüsse. Auch bei gynaekologischen Leiden kann sich Druckschmerz der unteren Psoaspartie finden. Fällt jedoch die gynaekologische Untersuchung negativ aus, so kann jener getrost auf die Appendix bezogen werden. H. konnte in einem Falle eine glatte Geschwulst in der Ileocoecalgegend palpieren, die vom Coecum deutlich abgrenzbar war, sich ins kleine Becken dislozieren ließ und sich als der Tube angehörig erwies. In einem von ihm obduzierten Falle konnte H. vorher einen Strang unter halb der Pras coecalis auf dem Psoas palpieren, der sich dann als die normale Tube herausstellte. H. glaubt, daß die Msthode der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation der Ileocoecalgegend auch dem Gynaekologen ein reiches Gebiet der Erkenntnis eröffnet. In den Text eingeflochten einige charakteristische Krankengeschichten, in denen die Fehldiagnose Appendicitis gestellt war, zum Teil mit deletärem Ausgange. *Colmers* (Coburg).

Rubin, I. C.: The therapeutic value of X-ray and the radioactive substances in carcinoma of the uterus as determined by pathological examinations. (Der therapeutische Wert der Röntgenstrahlen und der radioaktiven Substanzen bei Uteruscarcinom mit pathologischen Untersuchungen.) Americ. journ. of obstetr. a. dis. of wom. a. childr. Bd. **69**, Nr. 6, S. 969—982. 1914.

Der klinische Effekt der Strahlenbehandlung des Uteruscarcinoms ist für die Beurteilung des endgültigen Heilerfolges nicht allein maßgebend. Carcinomatöse Entartung der tieferen Uterusschichten, der Lymphdrüsen ist eben durch Palpation nicht feststellbar. Genaue histologische Untersuchung des radikal entfernten Organes kann erst eine richtige Beurteilung der Heilwirkung der Strahlen geben. Sowohl die Radium-, Mesothorium-, wie die harten X-Strahlen wirken destruierend auf die Krebszelle ein. Schottländer fand unter 18 Fällen nach Bestrahlung 16 mal Carcinomreste, also nur zwei definitive Heilungen. Nach Wickham, Degrais, Döderlein, Bumm kann das inoperable Carcinom durch Bestrahlung operabel gemacht werden. Operation nach Bestrahlung meist kompliziert. Histologische Untersuchung ergibt stets Zerfall der Krebszellen ohne pathologische Veränderung des normalen Gewebes. Die Strahlentherapie soll sich vorerst nur auf inoperable Fälle beschränken; Hauptwert ist auf postoperative Bestrahlung zu legen. Durch die Fortschritte im Erzeugen harter Röntgenstrahlen erscheint es möglich, Metastasen erfolgreich zu bekämpfen und es hat den Anschein, als ob sich durch die harten x-Strahlen Radium und Mesothorium völlig ersetzen lassen. (Kasuistik.) *Colin* (München).

Freund, Hermann: Intraperitoneale Verwendung von Radium. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 25, S. 1252—1254. 1914.

Ermutigt durch die Erfahrungen bei der Behandlung inoperabler Gebärmutterkrebse mit Radium und Mesothorium, wandte Freund das Mesothorium an bei einer Patientin, bei der er 7 Jahre vorher die Totalexstirpation wegen Cervixcarcinom gemacht hatte. Er bestrahlte einen gut nußgroßen, submucösen Krebsknoten der Mastdarmwand, der unbeweglich mit dem knotig infiltrierten, paraprostitischem Gewebe verwachsen und damit inoperabel war, mit 100 mg Mesothorium 3 mal 24 Stunden. Nach 3 Monaten war von der Tumorbildung nichts mehr zu fühlen; die früher kranken Partien fühlten sich derb, fibrös an. Als nach einem weiteren Vierteljahr sich Beschwerden in der Magengegend einstellten und die klinische und röntgenologische Untersuchung Drüsenmetastasen längs der Wirbelsäule vermuten ließ, machte F. die Laparatomie. Er fand seine Diagnose bestätigt und legte in die Bursa omentalis einen Mikulicz-Beutel ein, in den er zwei längliche, mit Gaze umwickelte Messingkapselfilter mit 30 und 50 mg Radium versenkte und zwar für 17, 23 und 22 Stunden. Außer deutlichen Reiz-

erscheinungen auf Magen und Darmwand (Erbrechen, Pulsbeschleunigung und Temperatursteigerung während der Applikation) traten keine unangenehmen Störungen ein. F. glaubt, daß dieser Fall zur ausgedehnteren Anwendung des Radium und Mesothorium bei inoperablen Fällen veranlassen müsse und daß das zeitweilige Versenken des Radium in die Bauchhöhle ungefährlich sein. *Bode* (Kassel).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Obata, K.: Über Transplantation von Gelenken bei jungen Tieren, mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens des Intermediärknorpels. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 59, H. 1, S. 1—131. 1914.

Obata hat 7 Replantationen, 13 autoplastische Gelenkvertauschungen, 32 homoioplastische Transplantationen des Metatarsophalangealgelenkes (auch aus der Leiche, nach Aufbewahrung in sterilisierter physiologischer Kochsalz- oder Ringerscher Lösung und auch an Tieren von verschiedener Größe) an 6 bis 7 Wochen alten Kaninchen vorgenommen. Tötung des Tieres nach der bestimmten Beobachtungszeit. Auf die Einzelheiten kann nicht eingegangen werden. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende: Bei makroskopischer und radiographischer Betrachtung findet man Wachstumshemmung, am stärksten bei Homoisplastik des Metatarsophalangealgelenkes, Verschwinden der Gelenkschmiere, Veränderungen am Knorpel wie bei Arthritis deformans. Beweglichkeit des Gelenkes bleibt im allgemeinen frei. An den Vereinigungsstellen entsteht eine knöcherne Verbindung, nur nicht bei Homoioplastik des Metatarsophalangealgelenkes. Hier kommt es zu Pseudarthrose und außerdem zu Fissuren im Epiphysenknorpel. Die Solidität der transplantierten Knochen wird herabgesetzt. Die histologische Betrachtung läßt erkennen: Nach mehr oder weniger ausgedehnter Degeneration des Transplantats auch Regeneration. Die vom Transplantat ausgehende Regeneration ist bei den Autoplastiken besser und reichlicher als bei den Homoioplastiken, bei denen der Ersatz durch den Empfänger eine große Rolle spielt. Es ist schwer zu entscheiden, was sich von den autochthonen Regeneraten dauernd erhält. Für die regenerativen Neubildungen und sekundären Rückbildungen kommen funktionelle Momente in Betracht. Es kommt daher auf gute Adaption der Transplantate viel an. Die totale Gelenküberpflanzung läßt sich nach den Untersuchungen, wenn man vom Wachstum absieht, bei Re- und Autotransplantation als gelungen, bei Homoioplastik halber Gelenke unter Geschwistern als relativ günstig betrachten. Totale homoioplastische Gelenktransplantationen, gleichgültig ob zwischen Verwandten oder nicht Verwandten, zwischen gleichgefärbten, gleichaltrigen, gleichgeschlechtlichen Tieren oder nicht, von älteren auf jüngere oder umgekehrt, ob der Leiche entnommen oder in Kochsalz- oder Ringerlösung konserviert, ergeben schlechte Resultate. *Hoffmann* (Greifswald).

Marshall, H. W.: The value of exhaustive critical studies and generalizations in chronic joint diseases, with illustrations of their usefulness in conceptions of gout, intestinal toxemic, atrophic and hypertrophic arthritis. (Der Wert erschöpfender kritischer Studien und der Verallgemeinerungen derselben bei chronischen Gelenkerkrankungen, mit Hinweis auf deren Bedeutung für die Auffassung der Gicht, der intestinal-toxischen, der atrophischen und hypertrophischen Arthritis.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 276—300. 1913.

Herrick, W. P.: Massage and movements for certain affections of muscles and ligaments. (Massage und Bewegungen bei der Behandlung gewisser Muskel- und Bändererkrankungen.) Americ. journ. of surg. Bd. 28, Nr. 6, S. 220—225. 1914.

● **Klemm, Paul: Die akute und chronische infektiöse Osteomyelitis des Kindesalters. Auf Grund eigener Beobachtungen und Untersuchungen.** Berlin: S. Karger 1914. X, 261 S. u. 1 Taf. M. 9.—.

Verf. hat in 10 Jahren 320 Fälle klinisch beobachtet und kommt zu folgenden Ergebnissen. Das Knochenmark, welches aus lymphoidem Gewebe besteht und seiner

Funktion nach zu den lymphatischen Organen gehört, hat die gleichen pathologisch-anatomischen Vorgänge aufzuweisen wie die anderen Lymphapparate. Am wachsenden Menschen erkranken davon am häufigsten die Lymphknoten des Waldeyerschen Schlundringes, die Lymphknoten der Appendixwand, die Lymphdrüsen und das Knochenmark. Die Unterschiede im klinischen Bilde werden durch die Veränderungen in den umgebenden Geweben bedingt. Das Krankheitsbild der Osteomyelitis wird durch die Reaktion des Knochengewebes auf das erkrankte Mark erzeugt. Bei dieser Auffassung wird die Zusammengehörigkeit verschiedener Knochenerkrankungen leicht verständlich. Eine Periostitis im Sinne einer isolierten geweblichen Erkrankung der Knochenhaut, die zu Exsudation führen kann, gibt es nicht. Hingegen hat das Knochenmark mit der Osteogenese nichts zu tun. Als Eingangspforten für die Erreger der Markentzündung kommen in Betracht: die äußere Haut für die Staphylokokken, die lymphatischen Gebilde des Nasenrachenraumes für Strepto- und Pneumokokken, die lymphatischen Apparate der Darmschleimhaut für Koli- und Typhusbacillen. Die Ansiedlung der Entzündungserreger erfolgt mit Vorliebe an Stellen, wo massige Spongiosa, reiches Blutgefäßnetz und lebhaftes Wachstum im Knochen zusammentreffen. Die einzelnen Formen der Markentzündung werden mit Krankengeschichten belegt, darunter 2 Fälle von Osteomyelitis albuminosa, 10 Fälle von diffuser Knochen- und Weichteilsklerose. Bei der Therapie wird gründlichste Ausräumung des erkrankten Markes empfohlen, Stauungshyperämie für schädlich erklärt. Bei vorgeschrittener Krankheit ist die Totalresektion der Diaphyse, eventuell sogar die Amputation auszuführen. Die Blutinfektion wird durch reichliches Schwitzen und subkutane Kochsalzinfusionen bekämpft. Im speziellen Teile wird das gesamte Material, nach Körperregionen eingeteilt, beschrieben. Von besonderem Interesse sind 3 Fälle von O. der Scapula und 26 des Darmbeines, für welche als Normalverfahren die Totalexstirpation des Knochens gilt. Das Sternum war 3 mal, Schädel- und Kieferknochen 11 mal, das Kreuzbein 6 mal Sitz der Erkrankung. In 31,2% der Fälle waren kurze, spongiöse Knochen oder Gelenksenden ergriffen. Die Gelenkosteomyelitis wird in einem gesonderten Abschnitte besprochen. Die Mortalität der akuten O. der Tibia betrug 16,6%, des Femur 36%, des Humerus 25%.

v. Khautz (Wien).

Obere Gliedmaßen:

Fort, R. E.: Excision of the clavicle and first rib for malignant disease. (Exstirpation des Schlüsselbeins und der ersten Rippe bei bösartiger Erkrankung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 696—698. 1914.

Nach einem historischen Überblick über die Entwicklung dieser Operation, über die bisher in der Literatur 64 Berichte vorliegen, werden die äußerst ungünstigen Fernresultate und die operative Technik besprochen. Verf.s Fall, ein 11jähriger Knabe mit Osteosarkom des Schlüsselbeines und der ersten Rippe, ist zurzeit, 6 Monate nach der Operation, noch rezidivfrei. Bemerkenswert ist die geringe kosmetische und funktionelle Störung in diesem Falle. Verf. meint, daß bei Sarkom des Schlüsselbeins oder der Rippen niemals eine partielle Resektion versucht werden soll. Zur Besserung des Fernresultates wird Nachbehandlung mit Coleys Serum empfohlen. *Ehrlich* (Mähr.-Schönberg).

Moreau, Laurent: Recherches anatomo-chirurgicales sur les aponévroses de l'aisselle dans leurs rapports avec les adéno-phlegmons de cette région. (Anatomisch-chirurgische Untersuchungen über die Aponeurosen der Achselhöhlen in ihren Beziehungen zu den Lymphdrüseneiterungen dieser Region.) Rev. de chirurg. Jg. **34**, Nr. 6, S. 740—772. 1914.

Verf. kommt nach eingehender historischer Schilderung über die Anschauungen der Fascien der Achselhöhle und eigener Untersuchungen, die im Original nachgelesen werden müssen, zu folgenden Schlüssen: Die einzelnen Autoren haben über die Achselfascien ganz verschiedene Ansichten. Das Lig. suspensorium Gerdys ist ein Phantasiegebilde. Nach Verf.s Untersuchungen hat es sich herausgestellt, daß die ganze Achselfascie eine Fortsetzung der mittleren cervicalen Aponeurose ist. Verf. stellt fest, daß die Eiterungen aus der interpectoralen Lage sich nach dem unteren Rande des großen Pectoralis senken und infolge Fehlens jeder Aponeurose sehr oberflächlich werden können. In der Achselhöhle sind drei Möglichkeiten vor-

handen: 1. Die Abscesse der bronchialen Gruppe brechen in der Gegend des Armes durch. 2. Die aus der Thoraxgruppe werden subpectorale. 3. Die Abscesse der zentralen Gruppe brechen gewöhnlich nach dem interpectoralen Raume zu durch oder, was sehr selten ist, durch die Öffnung der horizontalen Fascie. *Grune* (Pillau).

Maier, Rudolf: Die isolierte Fraktur des Tuberculum maius humeri, die Bursitis subdeltoidea und das Os acromiale secundarium in ihrer klinischen und praktischen Bedeutung. Prag. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 26, S. 327—331. 1914.

Verf. teilt zwei Fälle von Fraktur des Tuberculum maius humeri mit, weist auf die relativ große Häufigkeit dieser teils isoliert, teils mit Luxatio humeri einhergehenden Verletzungen hin, so wie auf die Wichtigkeit einer zeitigen Röntgendiagnose, da nur das frühzeitige Einsetzen einer mobilisierenden medikomechanischen Behandlung von Erfolg begleitet sei. Nur bei starken Dislokationen in veralteten Fällen rät er zum chirurgischen Eingriff. Verf. weist ferner auf die Differentialdiagnose zwischen Tuberculumfraktur und Bursitis subdeltoidea hin, die zwar häufig klinisch möglich sei, aber nur durch Röntgenuntersuchung gesichert werden könne. Seine Beschreibung des Krankheitsbildes weicht nur insofern von der üblichen ab, als er eine Miterkrankung der Bizepssehnenscheide und dadurch hervorgerufene Schmerzen an der Vorderseite des Armes annimmt. In einem subcutanen Fall von mit Verkalkung einhergehender Bursitis hat sich dem Verf. die 8tägige Feststellung mit Desault-schen Verbande als zweckmäßig erwiesen. Für Fälle von akuter seröser Bursitis empfiehlt er Punktion und Aspiration. In chronischen Fällen sollen Massage, Licht, Wärme und medikomechanische Behandlung in den meisten Fällen zum Ziele führen, und nur bei lange Zeit renitenten Fällen von Bursitis calcaria die Exstirpation das Ultimum refugium sein. Zum Schluß wird auf die differentialdiagnostische Bedeutung des Os acromiale secundarium (Lilienfeld) kurz hingewiesen. Die beigegebenen Röntgenreproduktionen sind nicht zu erkennen. *Sievers* (Leipzig).

Bird, Fred. D.: Reduction of old elbow dislocation by operation. (Operative Reduktion einer alten Ellenbogendislokation.) Brit. med. journ. Nr. **2792**, S. 14—15. 1914.

Thiébauld, P.: Étude clinique des anévrismes de l'arcade palmaire superficielle. (Klinische Studie über die Aneurysmen des oberflächlichen Hohlhandbogens.) Méd. prat. Jg. **10**, Nr. 24, S. 373—376. 1914.

Die Aneurysmen des oberflächlichen Hohlhandbogens sind traumatischen Ursprunges und treten auf 10 Tage bis 2 Monate nach der Verletzung. Symptome: Kompressibler Tumor unter der Narbe, der isochron dem Herzen pulsiert. Man hört ein feines, intermittierendes Blasen. Die Umgebung zeigt Ödem und Infiltration. Sensibilitätsstörungen bestehen von leisem Kribbeln bis zu den heftigsten, nach dem Vorderarm ausstrahlenden Schmerzen, die den Patienten häufig unfähig zu irgendwelcher Arbeit machen. Differentialdiagnostisch kommen cystische Tumoren, das Aneurysma cirsoides, das aber konstantes Blasen zeigt, falsche Aneurysmen, Abscesse, Phlegmonen und solide Tumoren in Betracht. Letztere als Fibrome, Lipome, Sarkome, Osteome und Enchondrome, die alle inkompressibel sind. Die Aneurysmen des tiefen Hohlhandbogens kommen stets auf dem Dorsum manus zum Vorschein. Nur selten kommt es zur Spontanheilung. Es kann zur Eiterung, zur Gangrän, besonders nach Injektion reizender Flüssigkeit und zur Ruptur kommen, die in kurzer Zeit zum Tod führen kann. Wenig geeignet sind die alten Behandlungsmethoden, die Elevation des Gliedes, die Anwendung von Kälte, die Flexion, Kompression und die Injektion koagulierender Flüssigkeiten; nicht zu empfehlen ist die Ligatur der Armarterien. Sehr gute Erfolge ergibt die Exstirpation des Aneurysmas in toto, wie bei einem Tumor nach Unterbindung der zu- und abführenden Gefäße unter Schonung von Nerven und Sehnen. *Rupp* (Chemnitz).

Settmacher, Otto: Beiträge zur perilunären Dorsalluxation der Hand und deren unblutigen Reposition. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. **1**, S. 107—123. 1914.

Verf. hält sich an die von Kienböck geschaffene Einteilung der vorliegenden Luxationsform in 1. reine volare Luxation des Os lunatum und 2. in die perilunäre

Dorsalluxation der Hand d. h. in die Verrenkung, bei der das Mondbein in seiner normalen Verbindung mit den Vorderarmknochen geblieben ist. Er verfügt über 7 Beobachtungen nach dem Typus Nr. 1. Sechsmal handelte es sich um veraltete Fälle, bei denen keine Therapie mehr in Frage kam, einmal lag ein frischer Fall vor, bei dem sich auf unblutigem Wege die Reposition erreichen ließ. Verf. ging dabei so vor, daß er die verletzte Hand zuerst ulnar flektierte unter beständiger Extension, dann sie in maximale Dorsalflexion herumführte und sie darauf in die Mittelstellung zurückbrachte. Die Reposition war schmerzlos gelungen. In den veralteten Fällen lagen teilweise ganz erhebliche Bewegungsstörungen vor, die jedoch im allgemeinen nicht die Soldaten in ihrem Berufe störten. In 6 Fällen war das Os lunatum noch quer frakturiert, das proximale Bruchstück war mit den Vorderarmknochen, das periphere mit den Handwurzelknochen in Verbindung geblieben. Die unblutige Reposition des isoliert luxierten Mondbeins erscheint dem Verf. unmöglich. *Brüning.*

Untere Gliedmaßen:

Broca, A.: Traitement de la luxation congénitale de la hanche par l'appareil de Le Damany. (Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation mit dem Apparat von Le Damany.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 21, S. 713—717. 1914.

Broca hat sich nach der ersten Gipsverbandperiode von durchschnittlich 3 Monaten Dauer mit Vorteil des Apparates von Le Damany bedient, um das reponierte Bein aus der primären Stellung allmählich in die tertiäre überzuführen. Der Apparat besteht im wesentlichen aus einem Beckenteil, an dem eine feststellbare Abductionsschiene artikuliert. An dieser Schiene wird das Bein mit Hilfe eines in der Kniekehle liegenden Suspensionsringes in Abductionsstellung derartig befestigt, daß dem Hüftgelenk eine Innenrotationstendenz erteilt wird. Meist wurden für Hospitalpatienten getragene Schienenhülsen zu Apparaten nach Le Damany hergerichtet, in einer Reihe von 35 Fällen benutzte B. mit gutem Erfolg auch einen modifizierten Gipsverband. Statistische Zusammenstellung von insgesamt 107 Beobachtungen, von denen ein Rezidiv und drei Schenkelkopflösungen zu verzeichnen waren. Das Zustandekommen dieser war auf die primären Repositionsmanöver, nicht auf die Methode von Le Damany zurückzuführen. *Duncker* (Brandenburg).

Cotton, Frederic J.: Hip fractures and their treatment. (Behandlung der Frakturen der Hüfte.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 19, S. 718—723. 1914.

Für die große Mehrzahl der Fälle ist Verf. ein Anhänger der Methode von Whitman. In leichter Narkose wird, auch bei eingekeilter Fraktur, bei erheblicher Dislokation, durch Rotation und Zug die Dislokation korrigiert und dann in Abduktionsstellung fixiert. Gute Resultate gibt auch die Methode von Ruth, die in Korrektur durch Zug in gebeugter Stellung mit folgender Extensionsbehandlung in Streckstellung besteht. In Fällen von nicht eingekeilter Fraktur sucht Verf. nach Ausführung der Stellungskorrektur eine künstliche Verkeilung der Fragmente des Schenkelhalses zu erzielen, indem er mit einem großen Hammer energische Schläge gegen den mit einer Filzplatte geschützten Trochanter ausführt, worauf die Hüfte in Abduktionsstellung gebracht und fixiert wird. Operative Maßnahmen kommen nur nach Versagen der unblutigen Behandlung in Frage und sollen am besten darin bestehen, daß durch einen vorderen Schnitt die Schenkelhalsfragmente bloßgelegt und in korrigierter Stellung solange fixiert werden, bis ein durch eine Stichincision über dem Trochanter eingeführter 5 Zoll langer Knochennagel die dauernde Fixation übernimmt. Der Nagel soll nach 3—6 Wochen wieder entfernt werden. Trotz guter Korrektur und guter Funktion ist die Heilung von Schenkelhalsfrakturen häufig nur fibrös. Bei Röntgenaufnahmen unter starker Extension läßt sich noch Monate nach der Verletzung ein erheblicher Knochenspalt, der bei gewöhnlicher Aufnahme von solidem Callus ausgefüllt zu sein scheint, nachweisen.

Ehrlich (Mähr. Schönberg).

Pohrt: Endresultate unblutig behandelter intrakapsulärer Schenkelhalsfrakturen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 675—689. 1914.

Verf. berichtet über die Fälle von intrakapsulären Schenkelhalsfrakturen, die seit den

Jahren 1904—1913 an der Klinik von Kümmel beobachtet wurden. Unter 177 Fällen von Schenkelhalsfrakturen überhaupt fanden sich 20 jenseits des 50. Lebensjahres, 6 vor dem 18. Lebensjahre und 5 in mittlerem Alter. 3 jugendliche Fälle gehören in das Gebiet der Epiphysenlösungen. Alle Fälle wurden unblutig behandelt entweder mittels Bardenheuerscher Extension oder Lagerung zwischen Sandsäcken, je nachdem der Kräftezustand des Patienten es erlaubte. Bei dem während der Behandlung erfolgten Tode der 6 Patienten, die 11 Tage bis 5 Monate später starben, ergab die Sektion niemals eine knöcherne Verheilung der Fraktur, die vorher zackigen Bruchflächen waren glattgeschliffen. 6 Fälle konnten klinisch und röntgenologisch untersucht werden, hiervon waren 3 Epiphysenlösungen. Von den übrigen Fällen ist zu sagen, daß sie bei der Entlassung in der Lage waren, umherzugehen, mit oder ohne Krücke und Stock, nur wenige ohne größere Beschwerden. Alle sind in der Erwerbsfähigkeit schwer geschädigt. Bei den Epiphysenlösungen trat eine feste knöcherne Verbindung ein, wenn auch unter Dislokation des Kopfes; jedoch war das Endresultat bezüglich der Gehfähigkeit nur in einem Falle gut. Epyphysenlösungen werden sehr gern übersehen und kommen manchmal erst recht spät durch ein folgendes akutes Trauma zur Beobachtung. Anatomisch war das Resultat in allen 3 Fällen wenig befriedigend. Die 3 anderen Fälle waren typische intrakapsuläre Frakturen, die trotz bester Adaption der Fragmente vornehmlich in einem Fall auch nach 2monatlicher Extensionsbehandlung nicht zur Konsolidation kamen. Alles in allem sind die Resultate nicht gute und kann man sich die Frage vorlegen, ob man nicht, wie Kocher vorschlägt, sofort operativ vorgehen soll, d. h. den Kopf resezieren und die Hüfte feststellen soll. Diesem Vorgehen stehen aber gerade bei Schenkelhalsbrüchen das hohe Alter, der dekrepide Zustand der Patienten und der schwere Eingriff gegenüber. So müssen wir uns denn mit den Resultaten begnügen und anstreben, in gut korrigierter Stellung, d. h. in starker Abduktion womöglich 3 Monate lang den Verband liegen zu lassen (Extensionsverband). *Vorschütz* (Elberfeld).

Cauli, Giulio: Coxopatie non tubercolari e carie secca dell'anca. (Nicht tuberkulöse Coxitis und Caries sicca des Hüftgelenks.) Riv. osp. Bd. **4**, Nr. 8, S. 377 bis 387. 1914.

Cauli gibt einen kurzen Überblick über die verschiedenen Formen von Hüftgelenkentzündungen nicht tuberkulösen Charakters. Er berücksichtigt die Pseudocoxalgie nach Calvé, die Osteoarthritis und Osteochondritis deformans juvenilis und stellt diese der Caries sicca auf tuberkulöser Basis gegenüber. C. geht kurz auf die pathologische Anatomie, die Symptomatologie, die Pathogenese der verschiedenen Affektionen ein; bezüglich der Therapie rät er, die nicht tuberkulösen Hüfterkrankungen nur dann zu fixieren, wenn starke Schmerzhaftigkeit besteht, sonst nur mit Massage und Bewegungsübungen zu behandeln. Als Fixationsmittel kommt dann nur Extension in Frage. Im Gegensatz dazu bedarf jede tuberkulöse Hüftaffektion unbedingter Fixation bis zur Heilung. *Bibergeil* (Berlin).

Coopernail, G. P.: Varix of the internal saphenous vein resembling a strangulated femoral hernia. (Varixknoten der inneren Vena sephena, einer eingeklemmten Cruralhernie gleichend.) Med. rec. Bd. **85**, Nr. 26, S. 1167. 1914.

Lehmann, Adolf: Eine seltene Form von Patellaverletzung. (*Prof. Dr. Vulpiussche orthop.-chirurg. Klin., Heidelberg.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Jg. **21**, Nr. 4, S. 109—110. 1914.

Kurze Mitteilung eines seltenen Falles, der sich zuerst eine indirekte Rißfraktur und später eine direkte Fraktur der Patella zugezogen hatte. Das Röntgenbild zeigt 3 Teile. Behandlung war unblutig. Keine knöcherne Heilung. Rente 40%. Der Quadriceps übt eine nennenswerte Streckbewegung gegen den Unterschenkel nicht aus und ist atrophisch. Gang trotzdem ziemlich sicher. Treppensteigen sehr erschwert. Das Bein kann nur in Streckstellung schwer belastet werden. *Grune.*

Schmidt, Wladimir: Bogenförmige Osteotomie bei Winkelankylosen und arthrogenen Kontracturen des Knies. (*Scheremetjeff-Hosp., Moskau.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 475—481. 1914.

Schmidt beschreibt zur Gradestellung winkliger Ankylosen eine lineäre bogenförmige Osteotomie des Oberschenkels.

Technik: Zwei seitliche Schnitte (6—7 cm lang) am Oberschenkel längs, von der Spitze der Condylen nach oben führend. Zirkuläre Freilegung des Femur zwischen Muskulatur und Periost. Umlegen der Gigli- oder schmalen bogenförmigen Säge. Dann Anlegen einer lineären,

bogenförmigen Sägelinie im Bereiche der Condylen mit der Convescität nach abwärts. Der Bogen soll möglichst steil, d. h. mit kleinem Radius angelegt sein. Es führt von vorn nach hinten. Die letzte Knochenbrücke wird hinten nicht durchsägt, sondern eingebrochen. Dann entsprechende Einstellung des Femur, Naht und Gipsverband. Schmidt operierte so vier Fälle mit gutem Resultat.

Vorteile vor der lineären Osteotomie und der Helferichschen bogenförmigen Resektion: Keine ungünstige Beeinflussung etwa noch vorhandener Kniegelenksbeweglichkeit, keine Verkürzung, kein „Bajonett-Sporn" an den Sägeflächen. — Indikation: Nur bei knöchernen oder fibrösen Winkelankylosen. Bei stärkerer Osteoporose, also z. B. bei tuberkulösen Ankylosen im allgemeinen nicht indiziert. — Im Kindesalter Vorsicht wegen der Epiphysenlinie. *Hesse* (Greifswald).

Corner, Edred M.: The rôle of the crucial ligaments in haemarthrus and injuries to the knee. (Die Rolle der Kreuzbänder bei Bluterguß und Traumen des Kniegelenkes.) Lancet Bd. **186**, Nr. 19, S. 1317—1319. 1914.

Anschließend an einen Fall von schwerer Distorsion des Kniegelenkes bei einem Fußballspieler bespricht Verf. die verschiedenen pathologischen Möglichkeiten nach einer stärkeren Distorsion mit Knickung des Gelenkes nach außen: 1. Partielle Zerreißung des Ligamentum laterale internum; die Kreuzbänder bleiben intakt. 2. Komplette Zerreißung des Lig. lat. int.; Bedingung dafür ist eine Schädigung des Ligam. cruciatum, ev. eine vollständige Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Eine rapide Schwellung nach dem Trauma deutet auf letztere Komplikation hin; die Rekonvaleszenz ist hingezogen, das Endresultat nicht befriedigend. Verf. empfiehlt daher eine frühzeitige Operation: mediane Arthrotomie mit Längsspaltung der Patella, Naht des gerissenen Bandes. Die gespaltene Patella muß nicht genäht werden. *Gergö* (Budapest).

Fischer, Franz: Über Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der Ulcera cruris. Dermatol. Zentralbl. Jg. **17**, Nr. 8, S. 227—229. 1914.

Pellidol ist ein Derivat des wirksamen Bestandteiles der Scharlachrotsalbe, hat aber vor dieser den Vorzug, daß es nicht färbt und leicht in den gewöhnlichen Salbengrundlagen löslich ist. Azodolen ist Pellidol plus Jodolen, ein Jodeiweißpräparat mit 30% Jodgehalt. Ihm kommt neben der epithelisierenden Wirkung auch noch desinfizierende Kraft zu. Beide Substanzen werden in Pulver- und in Salbenform verwendet. Pellidol verursacht keinerlei Schmerzen, weder in der Wunde noch in ihrer Umgebung, Azodolen dagegen wird wegen der Schmerzen, die es hervorruft, vielfach nicht vertragen. Außerdem veranlaßt sein Jodgehalt häufig die Entstehung von Ekzemen. Es soll daher nur bei nicht schmerzenden Geschwüren und dann, wenn eine Desinfektion oder ein Adstringens nötig ist, gebraucht werden. Pellidol wird verordnet bei oberflächlichen Ulcerationen, bei empfindlichen und schmerzhaften Geschwüren. Bei tiefer gehenden Geschwüren ist es nur bei bereits vorhandener Granulationsbildung wirksam. *Genewein* (München).

Zesas, Denis G.: Varicenbildung und Infektionskrankheiten. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 23, S. 971—972. 1914.

Die Anamnese von Patienten mit Krampfadern ergibt in überraschender Häufigkeit Angaben über überstandene Infektionskrankheiten wie Rheumatismus, Scharlach, Angina, besonders aber Pneumonie und Influenza. Verf. schließt sich daher der Ansicht von Tavel an, daß die genannten Infektionskrankheiten in der Ätiologie der Varicen eine noch zu wenig gewürdigte Rolle spielen, und sieht in einer toxischen Schädigung der Venenwand die Hauptursache der Varicen. *Ehrlich* (Mähr.-Schönberg.)

Marcozzi, Vincenzo: Contributo clinico ed istologico sulla patogenesi delle varici e di alcune speciali forme di ulcere varicose. (Klinischer und histologischer Beitrag zur Pathogenese der Varicen und einiger besonderer Formen von varikösen Geschwüren.) (*I. clin. chirurg., univ., Napoli.*) Gazz. internaz. di med., chirurg., ig. etc. Jg. **1914**, Nr. 22, S. 505—510. 1914.

Bei der Entstehung von Varicen ist jedesmal eine angeborene Disposition Voraussetzung; denn unter gleichen äußeren Bedingungen entwickelt sich das Leiden nur bei einem Teil der Menschen. Ätiologisch werden zwei verschiedene Arten unterschieden. In den meisten Fällen ist das Primäre die Stase, häufig hervorgerufen durch andauerndes Stehen. Durch den wach-

senden Druck in den Venen werden die Klappen insuffizient, durch Entzündung der geschädigten, überdehnten Venenwand kommt weiterhin das volle Krankheitsbild zustande. Diese Art nennt Verf. statische Varicen. In anderen Fällen entsteht primär eine Entzündnng der Venenwand, vielleicht manchmal syphilitischer oder tuberkulöser Natur; durch Übergreifen auf die Venenklappen muß es zur Stase und weiterhin zu den gleichen Erscheinungen wie in der ersten Gruppe kommen. Diese nennt Verf. Entzündungensvaricen. In beiden Fällen ist die gleiche chirurgische Therapie notwendig, bei der zweiten Gruppe ev. neben spezifischer Therapie. *Nägelsbach* (Erlangen).

Méry, H., et G. Heuyer: Hérédo-syphilis des deux tibias à forme inflammatoire. (Ererbte Syphilis beider Schienbeine in entzündlicher Form.) Ann. de méd. et chirurg. inf. Jg. **18**, Nr. 13, S. 444—446. 1914.

Lusena, G.: Nuovo contributo operativo ai trapianti ossei autoplastici. (Neuer operativer Beitrag zur autoplastischen Knochentransplantation.) Genova: Tip. sociale 1913. 10 S.

Bei einem 15jährigen Mädchen war im Gefolge einer Osteomyelitis mit Sequesterentfernung ein großer Defekt der Tibia entstanden. Mit den Jahren bildete sich eine starke Verkrümmung und Verkürzung des kranken Unterschenkels. Die beiden Enden der Tibia wurden angefrischt, der Fuß redressiert und nun mit Erfolg in den Defekt der Tibia das entsprechende Stück der Fibula implantiert. Die Verkürzung konnte um 5 cm gebessert werden. 7 Monate nach der Operation war das operierte Bein tragfähig geworden. Das Resultat wird durch vorzügliche Abbildungen illustriert. *Hotz* (Freiburg).

Roederer, Carle: Massage des pieds bots. (Klumpfuß-Massage.) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 21, S. 327—329. 1914.

Beschreibung von redressierenden Massagemanövern zur Beseitigung des kindlichen Klumpfußes, welche die einzelnen pathologischen Bewegungskomponenten (Plantarflexion, Supination und Adduction) systematisch bekämpfen und sich auch ohne Zuhilfenahme anderer Methoden besonders in der Privatpraxis gut bewährt haben. *Duncker* (Brandenburg).

Van Neck, M.: Métatarsus varus congénital. (Angeborener Metatarsus varus.) Journ. méd. de Bruxelles Jg. **19**, Nr. 22, S. 289—290. 1914.

Es gibt zwei wesentliche Formen: 1. den von Froehlich und Broca beschriebenen, 2. den von Dunker näher gekennzeichneten, welcher die gleichen Erscheinungen darbietet, nur an Stelle des Hohlfußes einen Plattfuß oder Tarsus valgus hat.

Mitteilung dreier Fälle. 1. 2 Tage altes Kind. Bei der Geburt wurde festgestellt, daß die beiden Füße einer in den anderen verschlungen war. Der linke Fuß stand in Talusvalgusstellung, der hintere Tarsus war stark nach innen geneigt und nach außen abgebogen. Der Fußrücken berührte fast völlig den Unterschenkel, der ganze Metatarsus stand in Pronation und war nach oben und außen gekrümmt. Die Fußsohle war konvex. Am rechten Fuße waren die gleichen Deformationen, nur stand vom Chopartschen Gelenk aus der Fuß in starker Abduction und leichter Lupination. Hammerzehen vorhanden. Die Fußsohle war glatt. 2. Kind von 4 Jahren mit seit der Geburt bestehender starker Abweichung der Füße nach innen, die sich allmählich immer mehr verstärkte, sonst waren die allgemeinen Erscheinungen des Metatarsus varus vorhanden. Das Röntgenbild zeigte insbesondere 2 Epiphysenkerne an 2 äußeren Metatarsen. 3. Fall, 6 Jahre altes Kind, zeigte seit der Geburt linken Klumpfuß und rechts Metatarsus varus mit Anomalien der Knochenkernassimilation.

Bei dem ersten Falle wird als Hauptursache intrauteriner Druck angenommen, bei den beiden anderen die Anomalie der Knochenkernossification, welche die Hauptursache darstellt. v. Mayersbachs Verfahren (Verlagerung der Muskelansätze) hat nach des Verf. Ansicht keinen Wert, da es auf die Metatarsen nicht einwirkt. Das einfache Redressement wirkt nicht auf die Diaphysen, sondern schädigt nur die Tarsalgelenke. Nur bei ganz jungen Kindern ist hiermit ein Erfolg zu verzeichnen. Bei größeren Kindern empfiehlt er die schräge Osteotomie der fünf Metatarsen und Anlegung eines Gipsverbandes. Gipsverband 6 Wochen lang, Gehübungen vom vierten Tage ab.
Grune (Pillau).

Loewe, Otto: Behandlung des eingewachsenen Nagels. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 21, S. 1178. 1914.

Die Heilungsdauer der Operationswunde des eingewachsenen Nagels, die in der Regel 3—4 Wochen beansprucht, kann bedeutend abgekürzt werden, wenn man durch Bildung zweier seitlicher Hautlappen einen völligen primären Wundverschluß erreicht. *Genewein* (München).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 6 S. 321—400

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Mutzchenbacher, Tivadar: Stillung der parenchymatösen Blutungen mit Koagulen Kocher-Fonio. (*II. chirurg. Klin., Budapest.* Budapesti Orvosi Ujság Jg. **12**, Nr. 25, S. 331—332. 1914. (Ungarisch.)

5—10 proz. Lösung 3—10 Minuten sterilisiert mittels Spritze oder Tampon auf parenchymatös blutende Stellen gebracht, stillt in 20—30 Sekunden die Blutung, Gefäße vom Kaliber einer Stecknadel thrombosieren auch nach Tamponade mit dieser Lösung. Es wurden damit bei Operationen in der Mundhöhle bei rhinolaryngologischen Operationen, ferner in solchen Fällen, wo nach Exstirpation von Geschwülsten oder aus anderen Ursachen Höhlen zurückbleiben, gute Erfahrungen gemacht. Das Präparat ist bei parenchymatösen Blutungen in der Bauchhöhle, nach Lösung von Verwachsungen oder nach Cholecystektomie aus dem Leberbett, ferner unkompletter Blutstillung als Vorbereitung zur Transplantation, zu Verpflanzung plastischer Lappen, sowie in all denjenigen Fällen, wo nach Operationen Hohlräume zurückbleiben, zu empfehlen. *Pólya.*

Vulpius, Oskar: Fortschritte der modernen operativen Orthopädie. (*Prof. Dr. Vulpiussche orthop.-chirurg. Klin., Heidelberg.*) Hamburg. med. Überseeh. Jg. **1**, Nr. 8, S. 347—352. 1914.

Bovis, R. de: Etat de nos connaissances actuelles sur le shock chirurgical. (Unsere jetzigen Kenntnisse vom chirurgischen Schock.) Semaine méd. Jg. **34**, Nr. 27, S. 313—316. 1914.

Shinya, S.: Experimentalversuche über Muskeltransplantation mit Berücksichtigung der Innervation von neugebildeten Muskelfasern. (*Pathol. Inst., Univ. München.*) Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **59**, H. 1, S. 132 bis 161. 1914.

Shinya stellte auto-, homoio- und heteroplastische Versuche mit quergestreifter Muskulatur an. Er implantierte am Kaninchen, entweder von demselben oder von anderen Kaninchen oder von der Katze entnommenes Muskelgewebe in den Nervus ischiadicus. Er konnte bei der Auto- und Homoiplastik Regeneration von Muskelgewebe zuerst nach 15 Tagen und zuletzt noch nach 77 Tagen feststellen. Im einzelnen kommt er zu folgenden Schlüssen: die quergestreifte Körpermuskulatur ist in periphere Nerven auto- und homoiplastisch, nicht aber heteroplastisch transplantierbar. Die Neubildung junger Muskelfasern ist aber bei der Homoiplastik quantitativ geringer als bei Autoplastik; die neugebildeten Fasern gehen auch früher wieder zugrunde. Nach bestimmter Zeit gehen aber bei beiden Methoden die Muskelfasern wieder zugrunde. Neben der Muskelregeneration beobachtet man ausgiebige Nervenfaserregeneration. Aber typische Nervenendplatten sind nie beobachtet. Andeutungen von solchen mögen vielleicht in den kolbigen und büschelförmigen Endigungen der Nervenfasern zu sehen sein. Die relativ auffallend gute Muskelfaserregeneration schiebt S. auf die funktionelle Anregung vom Nerven aus (Muskelfasern waren umsponnen von jungen Neuraxonen usw.). Da vermutlich die Synergie zwischen Nerven- und Muskelgewebe bei Homoioplastik frühzeitig gestört ist, so erhalten wir dadurch die Wachstumsdifferenzen gegenüber der Autoplastik. — Einleitung der Arbeit bildet eine Übersicht der bisherigen Literatur, den Schluß die genauen Versuchsprotokolle. Sieben erläuternde farbige Abbildungen. *Hesse* (Greifswald)

Ipsen, Johs.: Fascientransplantation. Bibliothek for Læger. Jg. **106**, S. 207 bis 210. 1914. (Dänisch.)

●**Mensa, Attilio: L'istopatologia della sinoviti tendinee chroniche negli equidi.** (Die Histopathologie der chronischen Sehnenscheidenentzündungen bei den Einhufern.) (*Scuola sup. di med. veterin., Torino.*) Torino: E. Toffaloni 1914. 399 S.

Die Synovialis tendinea ist eine Membran, die aus einem Stratum endotheliale und Stratum fibrosum besteht; letzteres ist eine aus dem Mesenchym entstandene bindegewebige Platte, zusammengesetzt aus einer subendothelialen lockeren und festen äußeren Schicht netzförmig angeordneten Bindegewebes, das nach außen hin wieder von lockerem Bindegewebe bedeckt ist. Die Endothelauskleidung ist einschichtig, ihre Zellen klein, offenbar weil die von ihr ausgekleideten Hohlräume nur klein sind im Verhältnis zu anderen Hohlräumen, z. B. der Bauchhöhle. Das Endothel ist diskontinuierlich, in der Nähe der Gelenke von Faser- oder hyalinem Knorpel unterbrochen, die ein erst im extrauterinen Leben erworbenes Zweckmäßigkeitsprodukt darstellen. Die Synovia ist ein intracelluläres Produkt der Endothelzellen. Es werden unterschieden: 1. Seröse Synovitis, zu der a) serosa simplex, b) serofibrinosa, c) fibrinosa Unterarten darstellen; 2. Nicht exsudative Synovitis (plastische Formen) mit den Unterarten a) hypertrophische (stenosierende) S., b) S. neoformans aut proliferans (pannosa, villosa, granulosa, tuberosa); c) S. adiposa (Lipoma arborescens). Ossifikation beruht nicht auf Transformation, sondern auf Einwanderung knochenbildender Elemente. Chondrifikation ist isomorphe Neubildung von Elementen, die in der Synovialis vorgebildet sind, keine Metaplasie. Die Ausbreitung der Entzündung erfolgt rein nach mechanischen Gesetzen infolge der Bewegungen. Die adhäsive Synovitis ist kein selbständiges Krankheitsbild, sondern nur Endprodukt. Komplikationen stellen dar: Atrophien von Muskeln und Sehnen, Ausbreitung der Entzündung auf benachbarte Sehnenscheiden und auf Gelenke durch Kommunikationen zwischen Scheiden und Gelenken. Tumoren sind sehr selten und gehören zu der Gruppe der Bindegewebsgeschwülste. Den chronisch-serösen Sehnenscheidenentzündungen ist gemeinsam die Verdichtung und Proliferation des Endothels. Bei den aphlogistischen Formen ist makroskopisch eine Veränderung kaum zu erkennen, mikroskopisch nur geringe entzündliche Veränderungen. Phlogistische Formen (sero-fibrinöse S.): Es tritt subendotheliale Gefäßneubildung auf, die das Endothel abhebt; ebenso Neubildung in den Bindegewebsschichten. Oft finden sich subendotheliale und im Bindegewebe auftretende hämorrhagische Infiltrate, die zumeist resorbiert werden. Das Endothel degeneriert, geht zugrunde und wird von Bindegewebe ersetzt. Die entzündlichen Veränderungen der Synovialis weisen keine spezifischen Befunde auf. Charakteristisch ist für diese Synovitiden die Endotheldesquamation und als Produkt der Exsudate ein zellig-fibröses oder rein fibröses Bindegewebe. Die mit Bildung von Reiskörpern einhergehenden Formen als besondere Gruppe aufzufassen, besteht keine Veranlassung. Die Reiskörper entstehen entweder aus autochthonem, fibrinösem Niederschlag aus der Synovia oder aus Wandelementen der Synovialis. Die Tuberkulose ist nicht Voraussetzung ihrer Entstehung. Bei Haustieren werden sie auch bei Fehlen von Tuberkulose gefunden, beim Menschen bei gummösen und syphilitischen Prozessen. Sie entstehen bei allen Formen von Synovitis. Bei den plastischen Synovitiden bleibt das Endothel erhalten. Die Gefäßneubildung ist eine beschränkte, das elastische Gewebe fällt regressiver Metamorphose anheim. Fast immer besteht gleichzeitig Para- und Perisynovitis. Sie geht aus von visceralem und parietalem Blatt und vom Mesotenonium. Die lipomatöse Form befällt vorzugsweise die Synovialis parietalis. a) Fibröse stenosierende (sclerosa) S. ist nie ausgebreitet, betrifft die Bindegewebsschichten in ganzer Dicke, ergreift auch das parasynoviale Gewebe und die Intima, ohne aber zu Wucherungen zu führen. Die Synovialis wird verdickt, die Intima glänzend, perlmutterartig, die Hohlräume verengt. Histologisch stellt sich der Prozeß als progressive Sklerose des Bindegewebes dar. Der Verlauf ist chronisch. Lokal tritt perisynoviale Gewebsneubildung auf. b) S. neoformativa-proliferans: Der ganze Entzündungsvorgang spielt sich in der Intima ab, die in Bindegewebe umgewandelt wird unter gleichzeitiger Verdickung der Synovialis und mit Verschwinden der Grenze zwischen Intima und Bindegewebsschichten. Die Entzündung schreitet centripetal fort. Es sind zu unterscheiden zwei Formen: bei der einen, mit zahlreichen kleinen Wucherungen, bleibt das Endothel erhalten, bei der anderen, wo die Wucherungen eine große einheitliche, die ganze Wand durchsetzende Masse darstellen, wird das Endothel örtlich zerstört. Die S. lipomatosa (Lipoma arborescens) befällt beim Menschen meist die Strecksehnen, bei den Equiden die Flexoren. Tuberkulose ist als Ursache nicht erwiesen. Dagegen schließt sie sich immer an eine lokale Entzündung mit chronischem Verlauf an. Die Lipomatose ist vollkommen analog der anderer Gewebe (Muskeln). Makroskopisch gleicht sie der villösen oder tuberösen oder papillomatösen Form. Charakteristisch ist die Stielung. Freie lipomatöse Körper wurden nicht gefunden. Histologisch wird die Umwandlung zellig-fibrösen Gewebes in lipomatöses beobachtet. Die Gefäßneubildung ist nur gering, elastisches Gewebe fehlt. Auch das Vorkommen kleiner perivasculärer Lipome spricht für den entzündlichen Ursprung. — Die umfassenden historischen Erörterungen sind mit erschöpfenden Literaturangaben belegt.

Gümbel (Bernau).

Colcord, A. W.: Shock; treatment of shock. (Der Schock und seine Behandlung.) Internat. journ. of surg. Bd. **27**, Nr. 6, S. 220—223. 1914.

Verf. weist darauf hin, daß der Symptomenkomplex des Schocks durch eine Reihe von Momenten bedingt ist, und daß die Blutdruckminderung lediglich ein Symptom des Komplexes ist, das wie die übrigen Symptome seinen Grund in der Erschöpfung der vitalen Zentren hat, der durch Blutstillung, rechtzeitige Amputation, Schmerzlinderung und Beruhigung des Patienten vorzubeugen ist. Störungen der Herztätigkeit sind bei Schock nur dann zu fürchten, wenn zu wenig Blut in die Herzkammern fließt und so der normale Kontraktionsreiz fehlt, weiterhin wenn der Blutdruck der Coronararterien unter 30 mm fällt. Beiden Möglichkeiten wird durch Erhöhung des Fußendes und durch Bandagieren der Extremitäten und des Abdomens vorgebeugt. Auch der pneumatische Apparat Criles läßt sich mit Vorteil zur Blutdrucksteigerung verwerten. Die Einführung von Kochsalzlösungen hat nur in leichten Fällen und als prophylaktisches Mittel Wert. In schweren Fällen kommt nur die gleichzeitige Einführung von Adrenalin in Frage, das den Blutdruck erhöht, indem es auf das vasomotorische Zentrum und gleichzeitig auf die Gefäßwand wirkt. Von den übrigen Medikamenten sind Campher, Ammoniak, Moschus, Coffein und Nitroglycerin schädlich, da sie die noch vorhandenen Körperkräfte zu stark in Anspruch nehmen, während Morphium in großen Dosen zu geben ist, um durch Beruhigung des Kranken an Körperkraft zu sparen. Strychnin kommt nur bei Schock durch Erschöpfung der Hirnzellen sowie bei Schock nach Chloroformnarkosen in Betracht, während es bei Schock durch Vagusüberreizung kontraindiziert ist. Digitalis ist in schweren Fällen meist wirkungslos, Alkohol immer schädlich. *Strauß* (Nürnberg).

Murphy, James B.: Factors of resistance to heteroplastic tissue-grafting. Studies in tissue specificity. 3. (Die Faktoren des Widerstandes gegenüber der Transplantation von heteroplastischen Geweben. Studien über Gewebsspezifizität.) (*Laborat. of the Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Journ. of exp. med. Bd. **19**, Nr. 5, S. 513—522. 1914.

Hühnerembryonen bieten günstige Verhältnisse für das Wachstum von transplantierten Geweben, seien diese embryonal oder Erwachsenen angehörend, arteigen oder artfremd. Gegen das Ende der Fötalperiode entwickelt sich ein Schutzmechanismus gegenüber fremden Geweben. Dieser Schutz kann auch dem Embryo gewährt werden, wenn Stücke von erwachsener Milz oder Knochenmark implantiert werden. Unter solchen Verhältnissen leistet der Embryo denselben Widerstand wie der Erwachsene, und das Transplantat weist auch die gleichen histologischen Veränderungen auf. Wenn Milz und Knochenmark in einem Embryo mit einem bereits eingeheilten und wachsendem Rattentumor transplantiert werden, bringen sie Rückbildung und Absorption des fremden Gewebes zustande. Die Transplantation anderer erwachsenen Gewebe verursacht dies nicht. *Pólya* (Budapest).

Zalla, M.: Sui trapianti dei nervi periferici. Ricerche sperimentali. (Über Transplantation peripherer Nerven. Experimentelle Untersuchungen.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., r. istit. di studi sup., Firenze.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **19**, Nr. 4, S. 193—207. 1914.

Die Arbeit betrifft eine interessante experimentelle Studie über die Veränderung, welche transplantierte Nerven eingehen, transplantiert in dem Sinne, daß der Verf. ganze Stücke des N. ischiad. vollständig von ihrem Mutterboden getrennt unter die Haut des Rückens bringt und zwar an demselben Tier (Autoplastik) an einem Tier derselben Spezies (Homoioplastik) oder schließlich einer anderen Spezies (Heteroplastik). An Hand von einer Reihe von Tierversuchen kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß es sich bei der Heteroplastik meist auch bei der Homoioplastik um sofort einsetzende Nekrobiosen handelt, ohne daß Bandstreifen nachgewiesen werden konnten, während bei der Autoplastik zuerst und noch lange Zeit nur Degenerationserscheinungen im

Sinne des Wallerschen Gesetzes zu beobachten sind. In diesen Fällen sind Bandstreifen gelegentlich zu finden. Interessant ist es, daß der Verf. bei autoplastischen Verfahren immer eine „diskrete" Anzahl von neugebildeten Zylindern gefunden hat, was bei homoioplastischen und heteroplastischen Verfahren niemals der Fall war.

Spitzy (Wien).

● **Abderhalden, Emil: Abwehrfermente. Das Auftreten blutfremder Substrate und Fermente im tierischen Organismus unter experimentellen, physiologischen und pathologischen Bedingungen. 4. erw. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1914. XXIII, 404 S. u. 4 Taf. M. 12.—.

Die vierte Auflage des Abderhaldenschen Leitfadens mußte der dritten schon nach 5 Monaten folgen. Sie liegt in bedeutend erweiterter Form vor, da alle neueren Erfahrungen verwertet wurden und zahlreiche Abbildungen die Handhabung der Methoden erleichtern sollen. Der Umfang des Werkes ist nahezu verdoppelt bei aller Knappheit und Präzision der Darstellung, in welcher Abderhalden ein seltener Meister ist. Jeder, der sich mit dem ebenso schwierigen als interessanten Gebiet beschäftigt, wird in alle neuen Einzelheiten sorgfältig eindringen müssen, deren kurze Wiedergabe unmöglich ist. Jede neue Auflage ist vom Tage des Erscheinens an ein unentbehrliches Hilfsmittel für jede moderne, biologische Forschung.

Kreuter (Erlangen).

Bardier, E., et D. Clermont: Transfusion et contractilité artérielle. (Transfusion und Contractilität der Arterien.) (*Laborat. de pathol. exp., univ., Toulouse.*) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Bd. **77**, Nr. 23, S. 211—213. 1914.

Nach Tierversuchen und Erfahrungen am Menschen spielt die Contractilität der Gefäße, wie sie bei mechanischen Insulten, z. B. Entblößung der Arterien eintritt, eine große Rolle. Arterien vom Kaliber einer Radialis können sich so stark kontrahieren, daß weder ein Tropfen Blut zum Vorschein kommt, noch es gelingt, eine Transfusionskanüle einzuführen. Für große Gefäße wie die Brachialis oder Femoralis trifft dies nicht zu. *Kreuter* (Erlangen).

Vogt, E.: Erfahrungen mit Koagulen (Kocher-Fonio). (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 26, S. 1315—1316. 1914.

Empfehlung des Koagulens in 10proz. Lösung auf Grund zahlreicher Erfahrungen bei gynäkologischen Eingriffen mit besonders parenchymatösen Blutungen. Nebenwirkungen, wie Infektionen, Thrombosen, Nachblutungen oder Embolien wurden nicht beobachtet. *Kreuter* (Erlangen).

Frias, Roberto: Adrenalin und das suprarenale Syndrom. (Lusitanische med. Gesellschaft, Sitzung vom 21. 5. 14.) A med. contemp. Jg. **32**, No. 24, S. 191. 1914. (Portugiesich.)

Bei allen postoperativen Störungen der Zirkulation, Atmung, des Verdauungstraktus und des Nervensystems, dem „suprarenalen Syndrom", werden Adrenalininjektionen empfohlen. Frias injizierte in den von ihm berichteten Fällen 7—8 Tropfen.

Bergemann (Berlin).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Czyhlarz, Ernst v.: Über anämisches Erysipel. (*Kaiser-Franz-Josef-Spit., Wien.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 23, S. 1067. 1914.

Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen ein Erysipel in Form eines anämischen Ödems, ähnlich wie ein nephritisches Ödem auftrat. Subjektiv war nur Spannungsgefühl vorhanden. In allen 3 Fällen war das Gesicht betroffen. Hohes Fieber war vorhanden, das dann kritisch abfiel. Der bakteriologische Nachweis konnte nach Lage der Dinge nicht erbracht werden. Das Vorkommen ist jedenfalls sehr selten. Die Erklärung dürfte in einer abnormen Funktion der Vasomotoren, ähnlich wie bei mancher anämischen Urticaria, zu suchen sein.

Schlesinger (Berlin).

Legueu: Vaccinothérapie antigonococcique. (Antigonokokken-Vaccinetherapie.) (*Hôp. Necker, Paris.*) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 25, S. 386—388. 1914.

Legueu vergleicht an dem reichen Material des Hospitals Necker die therapeutischen Resultate der drei französischen Antigonokokkenvaccine von Renaud, Nicolle und Cruveil-

hier. Das erste ist durch Abtötung von Gonokokken mit ultraviolettem Licht, das von Nicolle mit Fluornatrium gewonnen. Cruveilhier verwendet sensibilisierte Gonokokken-Kulturaufschwemmungen. Das Resultat ist bei letzterem das beste. 62% Urethriden, 75% Komplikationen heilten darunter aus. Renaud erreichte dies bei ca. 46%, mit Nicolles. Vaccin heilten nur 22% Komplikationen und 7% Urethritiden. *Linser* (Tübingen).

Belot, J., et L. Nahan: Radiothérapie et radiumthérapie dans le traitement du lupus vulgaire. (Röntgen- und Radiumtherapie in der Behandlung des Lupus vulgaris.) Rev. de thérap. Jg. **81**, Nr. 11, S. 361—373. 1914.

In der Behandlung der Lupus ist das Radium den Röntgenstrahlen in keiner Weise überlegen. Keines von beiden allein vermag den Lupus zu heilen. Unterstützend verdient die Röntgentherapie neben den anderen Behandlungsmethoden angewandt zu werden. Es ist nie mehr als die Erythemdosis zu applizieren. Besprechung der Indikationen für die Röntgentherapie bei den einzelnen Formen des Lupus. *Jüngling* (Tübingen).

●**Ficacci, Luigi: Sul morbo di Hodgkin.** (Hodgkinsche Krankheit.) Roma: Tip. dell'unione editrice 1913. 156 S. u. 10 Taf.

Der Begriff der Hodgkinschen Krankheit wird gemäß den Untersuchungen von Sternberg als Lymphogranulom präzisiert. Eine ätiologische Beziehung zur Infektion (Tuberkulose, Syphilis u. a.) läßt sich nicht erweisen. Hinsichtlich der Ausbreitung ist bemerkenswert, daß die Krankheit bei den germanischen Rassen häufiger ist als bei den romanischen und beim männlichen Geschlecht 2—3 mal häufiger als beim weiblichen. Niemals fehlen die Drüsentumoren, die meist zuerst an den Lymphdrüsen des Halses auftreten, von wo sie sich auch gegen den Lymphstrom, meist kontinuierlich, selten sprunghaft, weiter ausbreiten. Milztumor besteht bei etwa 75% der Fälle, bei etwa 9% ist er das erste Krankheitssymptom, erreicht aber gewöhnlich nur eine mäßige Größe. Leberschwellung besteht bei etwa 60%. Darmsymptome (Diarrhöen) sind entweder Ausdruck eines toxischen Zustandes oder örtlicher Infektion. Von Hautsymptomen sind am häufigsten Pruritus, pruriginöse Exantheme, bläuliche Farbe. Blutuntersuchung ist nur von mäßigem Wert, diagnostisch zu verwerten nur der Nachweis der neutrophilen Leukocytose und der Eosinophilie. Die Veränderungen des Blutbildes sind wechselnd, Zahl der Erythrocyten kann normal sein, aber auch bis auf 1 Million im cmm sinken. Sehr häufig sind Temperatursteigerungen, die einen von Fall zu Fall verschiedenen Typus haben, in erster Linie als Ausdruck der Krankheit selbst aufzufassen sind, aber auch auf sekundären Infektionen beruhen können. Nicht selten sind die serösen Häute angegriffen infolge Stasis, Exsudation oder auch Lokalisation des Krankheitsprozesses an der Serosa. Das Anfangsstadium der Krankheit kann sich über den Zeitraum von wenigen Wochen bis zu mehreren Jahren erstrecken, im Verlauf kennzeichnen sich die drei Perioden 1., der lokalen Erkrankung, 2., der Generalisation, 3., der Kachexie. Nach dem klinischen Bild stehen sich gegenüber die akute Form, die auf eine Drüsengruppe beschränkte, die mediastinale, die larvierte (typhöse) und die splenomegalische. Das Vorzugsalter sind 3. und 4. Decennium, doch sind auch bei 3jährigem Kinde und bei 55jährigem Kranken die Hodgkinsche Krankheit beobachtet. — Die Lymphdrüsen bilden Konvolute, in denen aber die einzelnen Drüsen isoliert bleiben. Ihre Konsistenz ist sehr verschieden, weich bis bretthart; die Oberfläche bleibt glatt. Von der Schnittfläche läßt sich nur wenig Saft abstreichen, sie ist oft geradezu trocken. Die großen Drüsen sind oft gelappt in Aussehen. Ein sehr großer Milztumor spricht eher gegen als für Granulom; das meiste ist Vergrößerung um das dreifache. Immer bestehen neben dem Milztumor Drüsenschwellungen. Die Schnittfläche weißt oft stecknadelkopfgroße Knötchen auf, ist mitunter geradezu übersät damit, aber die Knötchen können auch Mandelgröße erreichen und konfluieren, so daß sie mit der dazwischen liegenden tiefroten Pulpa porphyrartiges Aussehen darbieten (Porphyrmilz), ganz anders als bei der Pseudoleukämie. Die oft kleine Knötchen aufweisende Leber ist gewöhnlich vergrößert und verhärtet, ebenso die Nieren. Am Darm erweißt sich meist nur der lymphatische Apparat verändert; das Knochenmark ist gewöhnlich hyperplastisch.

Histologisch treten die ersten Veränderungen in den Lymphdrüsen auf in der Form der Hyperplasie der lymphoiden Zellen mit bemerkenswerter Proliferation im Keimzentrum. Die Proliferation der Endothelien ist anfangs gering, dagegen erweitern sich die Lymphsinus und die Blutgefäße sprossen aus. Späterhin werden die parenchymatösen Veränderungen erheblich, neben der Proliferation der Follikelzellen geht Wucherung der Endothelien, der Interstitien, Adventitia und Blutgefäße einher. Gleichzeitig erfolgt Vermehrung der Plasmazellen und Epitheloiden mit Infiltration durch Eosinophile und gelegentlich auch Neutrophile. Die Polynukleären sind nur spärlich in Retikulum und Nekrosen. Mastzellen sind nie zahlreich. Die Struktur der Drüsen wird völlig zerstört. In gleichem Maße wie die Zellproliferation schreitet der degenerative Prozeß fort, schließlich wird das Lymphdrüsengewebe durch Bindegewebe ersetzt. Bemerkenswert ist, daß die verschiedenen Drüsengruppen verschiedene Stadien der Krankheit aufweisen. Die Veränderungen in anderen Organen sind denen der Lymphdrüsen analog.

Die Diagnose der Hodgkinschen Krankheit ist zu Anfang recht schwierig; den einzig sicheren Nachweis erlaubt nur die histologische Untersuchung . Differentialdiagnostisch in Betracht kommen zu Anfang Diphtherie, Typhus und Malaria, später die chronischen Splenomegalien und die verschiedenen Blutkrankheiten. Bezüglich der Skrophulose ist zu beachten, daß diese am häufigsten im Alter von 5—15 Jahren ist, und daß die skrophulösen Drüsen zum Confluieren kommen. Am meisten Schwierigkeit bietet die Unterscheidung vom Lymphosarkom; es macht nach chirurgischen Eingriffen immer lokales Rezidiv. Die Prognose ist hinsichtlich des Ausganges immer infaust, bleibt aber ungewiß hinsichtlich der Dauer der Krankheit. Chirurgische Behandlung bleibt erfolglos. Auch die Arsenbehandlung hat auf die Dauer versagt. Mit Röntgenbestrahlung hat man Verminderung der Polynukleose und Vermehrung der Erythrocyten erzielt, ohne aber das Wachstum der Drüsentumoren mit Erfolg aufhalten zu können. — Ausführlich beschrieben werden 8 Fälle von Lymphogranulom, 6 von Lymphom, 4 von Lymphosarkom und 2 Endotheliome. Umfassendes Literaturverzeichnis. *Gümbel* (Bernau).

Oppenheim, E. A.: Über therapeutische Versuche mit Kupferlecithinpräparaten an Kindern mit sogenannter chirurgischer Tuberkulose (Finklersches Heilverfahren). (*Cecilienheim, Hohenlychen.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 24, S. 1119—1122. 1914.

Nach den Untersuchungen der Gräfin Linden-Bonn kommt dem Kupfer sowohl eine elektive Wirkung auf den Tuberkelbacillus zu als auch auf tuberkulöses Gewebe. Für die Tuberkulosetherapie ist dies um so mehr von Bedeutung als einerseits sehr geringe Kupfermengen genügen, um — in vitro — das Wachstum der Tuberkelbacillen zu hemmen (Verdünnungen von 1: 1 500 000!), andrerseits dem menschlichen Körper unbeschadet relativ große Quantitäten Kupfer zugeführt werden können (100 mg dimethylessigsaures Kupfer). Therapeutisch kann das Kupfer verwandt werden entweder als Allgemeinkur (Kupferschmier oder -spritzkur) oder lokal (Salbe, Injektion, Plombe). Die von der Firma Friedrich Bayer bisher hergestellten Präparate sind: 1. eine 3proz. zinnsaure Kupferlecithinsalbe; 2. eine 4proz. Kupferchloridlezithinsalbe; 3. eine 5proz. Lösung von dimethylessigsaurem Kupfer und 4. eine vom Verf. angegebene Plombenmasse aus Walrat mit einem Schmelzpunkt von 45°, welche $^1/_4$% Kupfer enthält. — Verf. hat im Cecilienheim in Hohenlychen insgesamt 40 Kinder mit chirurgischer Tuberkulose der Kupferbehandlung unterzogen, davon die Hälfte mit Allgemeinkuren. Die intramuskuläre Anwendung mußte bald wieder verlassen werden, da die zurückbleibenden Infiltrationen sehr schmerzhaft waren und auch Abscesse vorkamen. Die Kupferschmierkur war allein angewandt absolut erfolglos; in Verbindung mit lokalen Eingriffen war das Resultat besser (Diaphysentuberkulose, Drüsen, Periostitis). Wirkliche Erfolge erzielte Verf. aber eigentlich nur bei lokaler Kupfertherapie. Bei Lupus und Skrophuloderma wurde Kupfersalbe mit ausgezeichnetem, auch kosmetisch sehr gutem Erfolge verwandt. Tuberkulöse Fisteln heilten durch Tamponade mit der 5proz. dimethylessigsauren Kupferlösung oder durch Einspritzen verflüssigter Kupfersalbe.

Bei Knochentuberkulose (Spina ventosa, Diaphysentuberkulose) erhielt Verf. überraschende Resultate durch Plombierung. Er eröffnet die Knochenherde, entfernt die Granulationen und Käsemassen, trocknet die Wundhöhle mit vorsichtiger Zuhilfenahme des Heißluftstroms und füllt sie mit der im Wasserbade flüssig gemachten, sterilisierten Plombenmasse aus. Im Laufe der nächsten Wochen wird die Plombe ausgestoßen und man findet die Höhle mit frischen, gut durchbluteten Granulationen bedeckt. Meist verkleinert sie sich sehr schnell, bisweilen ist eine zweite Plombierung nötig. Mit Plombierung hat er bisher 6 Patienten mit 9 Herden behandelt, sämtlich geheilt. — Alles in allem hält Verf. das Kupfer für eine „bedeutungsvolle Bereicherung unserer Kampfmittel gegen die sog. chirurgische Tuberkulose".

Posner (Jüterbog).

Yates, J. L.: A clinical consideration of Hodgkin's disease. (Eine klinische Betrachtung über die Hodgkinsche Krankheit.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **25**, Nr. 280, S. 180—184. 1914.

Die Erkrankung ist primär ein lokalisierter Prozeß, bei dem rechtzeitiges, energisches chirurgisches Eingreifen nicht aussichtslos erscheint. Die Krankheit kann durch Jahre bestehen ohne sich — außer im Blutbild — zu manifestieren, so daß man von Heilungen nur nach jahrelangem, ununterbrochenem Bestehen eines normalen Zustandes sprechen kann. Hat die eventuell früh eintretende Ausbreitung der Drüsenschwellungen den Thorax oder das Abdomen erreicht, so ist die Prognose infaust. — Empfohlen wird die frühzeitige Exstirpation der Drüsen mit nachfolgender Röntgenbestrahlung und Vaccinebehandlung. Arsenik wirkt nicht besser tonisierend als Eisen. Benzol wurde nicht versucht. — Bericht über 6 Fälle.

Zieglwallner (München).

Bunting, C. H.: The blood-picture in Hodgkin's disease. Pap. 2. (Das Blutbild bei der Hodgkinschen Krankheit.) (*Pathol. laborat., univ. Madison, Wisconsin.*) Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Bd. **25**, Nr. 280, S. 173—177. 1914.

Bericht über 25 Fälle. — Während der Erkrankung findet sich konstant eine Vermehrung der Blutplättchen und Übergangsformen der Leukocyten. In früheren Fällen sind die Lymphocyten und Basophilen vorübergehend vermehrt, dann folgt eine schrittweise Abnahme der Lymphocyten und eine leichte Eosinophilie. Bei Spätfällen findet sich eine ausgesprochene neutrophile Leukocytose bei einer Verminderung aller anderen Formen mit Ausnahme der Übergangsformen. — Dasselbe Blutbild fand sich bei Affen, die mit dem von Kranken gewonnenen diphtheroiden Organismus geimpft waren.

Zieglwallner (München).

Achard, Ch.: A propos de la tuberculose traumatique. (Beiträge zur traumatischen Tuberkulose.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **30**, Nr. 21, S. 1048—1049. 1914.

Die traumatische Tuberkulose ist im Vergleich zu anderen, traumatischen Infektionen sehr selten. Das Auftreten derselben bietet drei verschiedene Möglichkeiten, wovon aber nur die letzte einigermaßen häufig vorkommt: 1. der im Blute kreisende Bacillus setzt sich in dem, durch ein Trauma geschädigten Gewebe fest; 2. eine alte Verletzung wird sekundär tuberkulös infiziert; 3. ein schon bestehender, tuberkulöser Herd erfährt durch ein Trauma eine neue Aufflackerung.

Deus (Zürich).

Tschilin-Karian, Akop: Über die Beziehungen der nach Tuberkulinsalbeneinreibungen (Moro) auftretenden Hautveränderungen zum Lichen scrophulosorum. (*Dermatol. Univ.-Klin., Würzburg.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. Bd. **120**, H. 1, S. 185—205. 1914.

Die nach Tuberkulinsalbeneinreibung auftretenden Hauterscheinungen bei Tuberkulösen erscheinen anatomisch nicht als Lichen scrophulosorum, wie Moro nach dem klinischen Bilde annimmt. Es ist daher auch nicht der Rückschluß erlaubt, den Lichen scrophulosorum als eine tuberculo-toxische Dermatose zu bezeichnen.

Posner (Jüterbog).

Tarozzi, Giulio: A proposito di una nuova malattia dell' uomo la „monosporosi" registrata in un trattato di parassitologia. Nota di rettifica e di rivendicazione. (Über eine neue Krankheit des Menschen „Monosporosis", beschrieben in einer Zeitschrift für Parasitologie. Zur Richtigstellung und Verteidigung.) (*Univ., Modena.*) Sperimentale Jg. **68**, H. 2, S. 255—285. 1914.

Verf. sucht den Nachweis zu bringen, daß zwei Krankheitsfälle, die kürzlich von Radaeli (Cagliari) als eine neue Krankheit „Monosporosis" beschrieben worden sind, zur menschlichen Aktinomykose gehören; wenn sie aber wirklich als nosologische und ätiologische Besonderheit anzusehen wären, so sei der betreffende Erreger nicht von Radaeli, sondern vom Verf. entdeckt. *Nägelsbach* (Erlangen).

Ferri, Andrea: Contributo all' azione terapeutica dell' argento colloidale elettrico. (Ein Beitrag zur therapeutischen Wirkung des Electrargol.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr. 74, S. 777—781. 1914.

Verf. berichtet, daß in 11 Fällen (meist Sepsis nach Influenza und Pneumonie) ein vollständiger Erfolg eingetreten ist, was er zweifellos dem Elektrargol zuschreibt. Es bekämpft direkt die Infektion, beseitigt daher die unmittelbar bevorstehende Gefahr, indirekt verhindert es ein Fortschreiten des Prozesses, etwaige Rückfälle und Komplikationen. Es handelt sich um eine kausale Therapie, da es antibakteriell wirkt und so den Organismus in seiner Abwehr stärkt. Die Anwendungsweise ist sehr einfach. Der Erfolg zeigt sich nach ungefähr 30 bis 40 Stunden. Er rät deshalb bei sehr vorgeschrittenen Fällen intravenöse Injektion. Bei Erwachsenen kann man 10 ccm täglich, bei Kindern über vier Jahre 5 ccm ohne Schaden geben. Verf. wünscht, daß das Mittel recht ausgedehnte Anwendung finden möge, zumal es ganz ungefährlich und verhältnismäßig billig sei. Es kann als eine Art Universalserum, gegen jede Art von Mikroben angesehen werden. *Zipper* (Graz).

Grosz, Siegfried, und Richard Volk: Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulide (Sensibilisierung der Haut durch Bakterienprodukte.) (*K. k. serotherap. Inst., Wien.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. Bd. **120**, H. 1, S. 301—308. 1914.

Verf. suchten die Ätiologie des Lupus erythematodes discoides festzustellen und gingen hierbei von der Arbeitshypothese aus, daß die Belichtung sensibilisierter Haut als ursächlicher Faktor in Betracht kommt, da die Erkrankung sich vorzugsweise an den Stellen findet, die auch sonst Belichtungskrankheiten zeigen. Das Tierexperiment zeigte mit hinreichender Sicherheit, daß die Injektion lebender Tuberkelbacillen und von Bakterientoxinen eine Sensibilisierung der Haut für ultraviolette Strahlen bedingt, so daß diese Haut auf Belichtung anders reagiert als gesunde Haut. Auch mit Bacterium coli wurde in einem Falle ein positives Resultat erhalten, so daß hiermit für die Dermatosen unbedeckter Körperstellen neue ätiologische Momente gegeben sind. *Strauß* (Nürnberg).

Geschwülste:

Gaucher: Traitement de l'épithélioma cutané. (Behandlung der Hautcarcinome.) (*Hôp. Saint-Louis, Paris.*) Clinique (Paris) Jg. **9**, Nr. 26, S. 402—406. 1914.

Kurze Besprechung der Therapie der Carcinome an der äußeren Haut mit operativer Abtragung, Kauterisation, Verätzung und mit Röntgen- und Radiumstrahlen. Das operative Vorgehen wird man namentlich bei den Carcinomen an Haut-Schleimhautübergängen (Lippen, Vulva) empfehlen. Kauterisation und Verätzung werden verworfen, dagegen der große günstige Erfolg der Röntgen- und Radiumstrahlen sehr hervorgehoben. *Linser* (Tübingen.)

Schoonheid, P. H.: Beitrag zur Kasuistik und Kenntnis der multiplen Neurofibrome der Haut. Dermatol. Zeitschr. Bd. **21**, H. 7, S. 610—624. 1914.

Verf. bespricht an Hand eines typischen Falles die Klinik dieser Erkrankung unter reichlicher Verwertung der Literatur und der Histologie. Neues, namentlich zu der noch recht dunklen Ätiologie der Krankheit beizubringen ist er ebensowenig in der Lage als die früheren Untersucher. Sicher ist nur, daß die Heredität auch hier eine wesentliche Rolle spielt. *Linser.*

Wichmann, P.: Die Bewertung der Röntgenstrahlen in der Therapie des tiefgreifenden Hautkrebses. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 26, S. 1310 bis 1311. 1914.

Es gibt verschiedene Gründe, weswegen Röntgen- und auch Radiumstrahlen manchmal nicht erfolgreich auf die Tumoren einwirken können. Einer derselben

besteht in Knochennekrosen, in die die Geschwulst hineingewuchert ist; dabei ist gründliche chirurgische Freilegung und Ausräumung notwendig. Ein weiterer Grund für den Mißerfolg der Röntgentherapie liegt in einer oft bestehenden Mischinfektion der Tumoren, die durch Salvarsantherapie und lokale Jodanwendung zu bekämpfen ist. Ferner weist Verf. darauf hin, daß manche Tumoren sich gegen gewisse Strahlenhärten refraktär verhalten, daß sie zu verschiedenen Zeitabschnitten verschiedene Radiosensibilität annehmen können; man muß deshalb bei refraktärem Verhalten mit der Strahlenqualität wechseln. Das refraktäre Verhalten der Hauttumoren läßt sich manchmal beheben durch Ultravioletts trahlen, Elektrokoagulation mit Hochfrequenzströmen und Abtragen mit dem Kaltkauter. — Eine zweite Gruppe von Hindernissen einer günstigen Einwirkung der Strahlen betrifft speziell die Röntgenstrahlen; dazu gehört neben zu geringer Tiefenwirkung die Lokalisation der Tumoren (z. B. Carcinom neben dem Auge, tief in die Orbita eindringend, oder Einbruch eines Tumors ins Felsenbein); hier erwies sich Mesothoriumbehandlung als wirksam. Die Röntgenstrahlen können also nicht in allen Fällen die des Radiums oder Mesothoriums ersetzen. *Thiemann* (Jena).

Lazarus-Barlow, W. S.: A lecture on the cause and cure of cancer viewed in the light of recent radiobiological research. (Eine Vorlesung über Ursache und Behandlung des Krebses vom Standpunkt unserer radiobiologischer Forschung.) Brit. med. journ. Nr. 2784, S. 1001—1006. 1914.

Verf. bezeichnet als allgemein anerkanntes ursächliches Moment der Entstehung der bösartigen Geschwulst die chronische Reizung. — Nun sind Radium oder radiumähnliche Substanzen in der ganzen Natur in genügend großen Mengen verbreitet, daß sie als Reizmittel in Betracht kommen können, zumal sie wie experimentell bewiesen, von Bakterien aufgespeichert werden, die wiederum sich im menschlichen Körper an irgendwie geschädigten Stellen niederzulassen pflegen. — Es ist nun tatsächlich nachzuweisen, daß im Carcinomgewebe selbst, aber auch im ganzen Körper das Carcinomatom mehr radioaktive Substanz zu finden ist als in normalem Gewebe. Ferner fehlen in den Zellen maligner Geschwülste die Altmannschen Granula, die aus normalem Gewebe durch Radiumbestrahlung entfernt werden. — Zum Schluß ist sicher erwiesen, daß wiederholte Radiumbestrahlungen Krebs erzeugen, und daß das Wachstum von Zellen durch Bestrahlung gefordert werden kann. Die zu immer schnellerer Teilung angeregten Zellen werden schließlich Tumorzellen, deren typisches Merkmal das unaufhaltsame Wachstum ist. — Im folgenden bespricht Verf. die zelltötenden Eigenschaften genügend großer Strahlmengen und die spezifische Empfindlichkeit der einzelnen Zellarten, und als wichtigsten Punkt die klinisch und experimentell festgelegte Erscheinung, daß die Bestrahlung eines Krankheitsherdes andere Krankheitsherde günstig beeinflussen kann, sie wird als aktive Immunisierung bezeichnet. Praktisch ergibt sich, abgesehen von der selbstverständlichen Forderung, daß der Tumor mikroskopisch untersucht und die Radioaktivität der Präparate genau festgestellt werden muß, und einigen weiteren ähnlichen, daß bei der Behandlung eines Tumors mit Radium nicht das ganze Gewebe chirurgisch entfernt werden darf, es soll ein deutlich nachweisbarer Rest stehen bleiben, denn nur durch die in Tumorzellen erzeugten Veränderungen ist die Entstehung von Immunkörpern zu erzielen. Verf. steht übrigens auf dem Standpunkt, daß die Radiumbehandlung nur da eintreten darf, wo die Chirurgie erfahrungsgemäß versagt. *Denks* (Hamburg).

Keysser, Fr.: Zur Chemotherapie subcutaner und in Organen infiltrierend wachsender Mäusetumoren. Mit einem Beitrag: Methode und Technik zur Züchtung infiltrativer Mäusetumoren. (*Chirurg. Univ.-Klin., Jena.*) Zeitschr. f. Chemotherap. u. verw. Geb., Orig. Bd. 2, H. 2/4, S. 188—219. 1914.

Die von Wassermann beschriebene Wirkung der chemischen Eosin-Selen-

verbindung auf subcutane Mäusetumoren wird in derselben Weise von der Blutbahn aus erreicht durch eine Mischung von intensiv und schnell färbendem Eosin mit Selenvanadium. Bei einer systematischen intravenösen Behandlung der Mäuse muß ganz besonders darauf gesehen werden, daß die Schwanzvene bei der Injektion möglichst geschont wird und erhalten bleibt. Einige Minuten nach der Einspritzung tritt eine allgemeine Rotfärbung der sichtbaren Teile der Maus ein, die nach etwa 10 Minuten ihren Höhepunkt erreicht, um darnach wieder abzunehmen. Tötet man die Maus einen Tag später, so ist der Farbstoff bereits aus allen Organen wieder ausgeschieden, lediglich der subcutane Tumor erscheint in den Randpartien noch schwach rosa gefärbt, während das Zentrum ungefärbt ist. Hat man indes vor dem Tode wiederholte Injektionen gemacht, so färbt sich auch die Mitte rötlich. Wenn zwischen der letzten Einspritzung und dem Tode 5 oder 6 Tage verstrichen sind, so ist in dem Tumor von Farbstoff kaum noch etwas nachweisbar. Die Veränderungen, die an der Geschwulst vor sich gehen, machen sich zuerst für die Palpation bemerkbar. Nach drei intravenösen Injektionen fühlt sich der vorher harte Tumor weich an. Unter fortgesetzter Behandlung tritt dann Resorption ein; die anfangs prall gefüllte Cyste wird leer, schließlich sind nur noch Reste der verdickten Kapselwandung vorhanden. Nunmehr tritt eine Rezidivbildung nicht mehr auf. Leider geht ein großer Teil der Versuchstiere während des Resorptionsstadiums durch die Giftwirkung der resorbierten Zelltrümmer zugrunde. Für die Versuche, ob es gelingt, nicht nur subcutane Mäusetumoren, sondern auch in den Organen vorkommende Geschwülste mit Eosin-Selen zu behandeln, beschreibt Verf. zunächst seine Methode, auf die er solche Tumoren zum Wachsen bringt: er bedient sich sehr dünner Emulsionen, von denen durch haarfeine Kanülen hindurch 1 bis 3 Tropfen in das gewünschte Organ hineingepreßt werden. Tiefliegende Organe werden vorher aus der Körperhöhle heraus unter die Haut gelagert, besonders Milz und Nieren. Es gelingt dies leicht, wenn die Bauchhöhle durch einen horizontalen Schnitt unterhalb des Rippenbogens eröffnet wird. Die betreffenden Organe werden dann durch eine stumpfe Pinzette hervorgezogen und bleiben subcutan liegen. Auf diese Weise gelang es dem Verf., Carcinome, Adenocarcinome und Sarkome mit annähernder Sicherheit zur Tumorentwicklung zu bringen. Die Geschwülste zeigten in der ersten Zeit streng lokalisierte Entwicklung und besaßen ein infiltratives Wachstum. Bei den zu therapeutischen Zwecken vorgenommenen Injektionen zeigte sich nun, daß den Eosinpräparaten gegenüber ein besonderes Verhalten dieser Tumorzellen nicht vorhanden war; sie reagierten wie normales Gewebe. Weiterhin war ein auffallender Unterschied zwischen subcutanen Tumoren und Organtumoren bezüglich des Verhaltens der Konsistenz zu beobachten; die letzteren behielten ihre Konsistenz, in der sie von der der Kontrolltiere nicht abwichen; es trat aber auch sonst keine Beeinflussung ihrer Entwicklung ein; weder ein Stillstand noch eine Verzögerung ihres Wachstums wurde beobachtet. Die beim Beginn der Behandlung noch auf ein Organ lokalisierten Tumoren durchsetzten dieses vollkommen, durchbrachen es und bildeten Metastasen. Diesen auffälligen Befund sucht Verf. aufzuklären: weder dem Eosin-Selen, noch den Glykokoll-Kupferpräparaten, noch dem Borcholin-Selenvanadium kam in vitro eine zellzerstörende Wirkung zu, und es wurde festgestellt, daß der autolytische Vorgang in den subcutanen Mäusetumoren keinen Heilvorgang darstellt, jedenfalls nicht eine Methode, die zu brauchbaren therapeutischen Zwecken dienen kann. Die genannten Präparate sind also keine wirklichen Tumorheilmittel. Es ist demnach erforderlich, in Zukunft tunlichst keine Verflüssigung des Tumors, sondern eher eine trockene Nekrose desselben anzustreben. Verf. schließt mit dem Ausblick in die Zukunft, daß es der experimentellen Chemotherapie vorbehalten ist, das Problem der Geschwulstheilung zu lösen. *Colley* (Insterburg).

Bashford, E. F.: Review of recent cancer research. Middleton Goldsmith lecture 1912. (Übersicht über die neuere Krebsforschung.) Proceed. of the New York pathol. soc. Jg. **1914**, S. 1—34. 1914.

Eigene Transplantationsversuche mit Tumorzellen bei Mäusen. — Interessant sind die Beziehungen zwischen Bindegewebe und Epithel, z. B. die experimentelle Erzeugung von Sarkom durch gewisse Carcinomarten, der Zusammenhang zwischen chronischer Entzündung der Mäusemamma und Krebs, Lebercirrhose und Carcinom und die Fähigkeit transplantierter Geschwulstzellen, das bindegewebige Gefäßgerüst zu den charakteristischen Zügen der ursprünglichen Geschwulst zu formen. Im scharfen Kontrast dazu steht die Unfähigkeit der Krebszelle, das Bindegewebe im immunisierten Tier zu beeinflussen oder da, wo eben Spontanheilung vor sich geht. Stets ist es der Einfluß, der aus der Krebszelle selbst hervorgeht oder der Verlust dieser Fähigkeit, welcher dabei die Hauptrolle spielt. Dies ist auch der Fall der natürlichen Heilung von Spontantumoren, da in demselben Tier ein Tumor fortwachsen kann, indes ein anderer eben in Heilung begriffen ist. Was diese Änderung verursacht, wissen wir nicht; es sind deshalb die empirischen Versuche von Wassermann, mittels Eosin-Selen und von Neuberg und Caspari durch Verstärkung des normalen autolytischen Prozesses Mäuse von transplantierten Tumoren zu heilen, zwar sehr interessant und anregend, entbehren aber einer rationellen Grundlage. Bashford ist, noch dazu als Schüler Ehrlichs, kein absoluter Gegner der Chemotherapie des Krebses; alle unsere Versuche, den Krebs zu heilen, müssen empirisch bleiben, solange wir nicht erkannt haben, wo und wie der verhängnisvollen physiologischen Tätigkeit der Krebszellen in rationeller Weise beizukommen ist. *Zieglwallner* (München).

Petridis, Aristide: Behandlung des Carcinoms mit Elektrocuprol. (Mitt. d. med. Abt. d. „Ptolemaeus", Alexandrien.) Iatritzi Proodos, Athen, Februar 1—15. 1914. (Griech.)

Verf. berichtet über 3 Fälle: 1. Bösartiger cystischer Tumor der Adnexe, von Ascites begleitet, dessen radikale Entfernung unmöglich war; 2. nicht operierbares Uteruscarcinom; 3. fortgeschrittenes, radikal operiertes Uteruscarcinom — in denen systematisch und lange Zeit Elektrocuprol (Glin) 5 ccm intramuskulär und intravenös 3 mal in der Woche angewandt wurde. Verf. hat eine lokale und eine allgemeine Besserung beobachten können, die in einer Minderung der Schmerzen, in einer Verkleinerung des Tumors, in einem fast völligen Verschwinden des jauchigen Abflusses aus dem Uterus und in einer Wiederkehr des Appetits und eines gewissen Wohlbefindens besteht. Eine halbe Stunde nach jeder intravenösen Elektrocuproleinspritzung war stets Schüttelfrost und Fieber bis 40° zu beobachten. Verf. empfiehlt warm, in jedem Carcinomfalle das Electrokuprol zu verwenden, da es nur nützen kann. *Pavlos A. Petridis* (Alexandrien).

Schumkowa-Trubina, K. G.: Die Abderhaldensche Reaktion des Carcinoms. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr., St. Petersburg, 31. III. bis 3. IV. 1914. (Russ.)

Die proteolytischen Fermente geraten erst dann, wenn der Zerfall der Geschwulst einsetzt, ins Blut, daher hat die Abderhaldensche Reaktion keine Bedeutung für die Frühdiagnose. Die Versuche des Autors wurden angestellt um nachzuweisen, ob die Reaktion als spezifisch angesehen werden kann. Die aus Carcinom- und Placentargewebe hergestellten Substrate wurden zunächst mit normalem Serum geprüft, wobei diejenigen Substrate, welche ein positives Resultat ergaben, ausgeschieden wurden. Untersucht wurde das Serum von 201 Personen (104 Krebskranke, 48 Gesunde, 19 Gravide, 30 Patienten mit verschiedenen anderen Krankheiten). Die Mehrzahl (93%) aller Sera gab eine positive Reaktion mit den homologen Substraten. Daraufhin spricht Autor der Reaktion die strenge Spezifität ab. Um nachzuweisen, ob die Reaktion zur Frühdiagnose zu verwenden ist, wurden Versuche an Ratten mit Sarkom angestellt, in welchen schon am 5. bis 11. Tage ein positives Resultat erzielt wurde. *v. Holst* (Moskau).

Stammler, A.: Diagnostische und therapeutische Krebsstudien. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 740—759. 1914.

Die Meiostagminreaktion von exakten Untersuchern mit allen

Kontrollen ausgeführt kann ein wertvolles Hilfsmittel zur Carcinomdiagnose sein. Der Wert des Abderhaldenschen Verfahrens für die Krebsdiagnose ist noch nicht spruchreif. Zur Zeit gibt noch keine der serologischen Methoden einen sicheren Anhalt für die Diagnose. Gerade in Frühfällen versagen sie oft. Ihrer theoretischen Bedeutung wird dadurch aber nicht Abbruch getan. — Die chemotherapeutischen Versuche haben ergeben, daß es mit den bis jetzt publizierten Behandlungsmethoden nicht möglich ist, den Krebs wirklich zu heilen; vor allem haben die Metallkolloide den auf sie gesetzten Hoffnungen nicht entsprochen. Am meisten scheint noch das Arsen, das Verf. in kolloidaler Form angewandt hat, Aussicht zu haben, ein Unterstützungsmittel bei der Krebsbehandlung sei es auch nur in Kombination mit der Bestrahlung zu sein. — Die Versuche, die Krebskranken mit dem Autolysat der eigenen Tumoren zu behandeln, erstrecken sich auf 18 Kranke. Die Technik der Extraktbereitung ist folgende:

Der bei der Operation steril gewonnene Tumor wird sofort mit sterilen Instrumenten, bzw. sterilen Zerkleinerungsmaschine zerkleinert und mit steriler Kochsalzlösung im Verhältnis von 1 : 3 im Mörser verrieben. Sodann wird das Ganze mit Toluol überschichtet und im Brutschrank zwei Tage der Autolyse überlassen. Nach Ablauf dieser Zeit wird mit sterilen Filtern filtriert oder durch Zentrifugieren die gröberen Bestandteile ausgeschleudert. Durch Abimpfen überzeugt man sich von der Sterilität und kann dann nach 2 Tagen injizieren.

Verf. empfiehlt sehr die intravenöse Injektion des Autolysats. Er beginnt mit der Injektion von 1 ccm des Autolysats und steigt von Tag zu Tag um 2—3 Teilstriche. Schädliche Wirkungen hat Verf. nicht gesehen. Von den 18 Patienten, bei denen diese Methode angewendet wurde, ist nur einer wirklich geheilt, 3 wurden vorübergehend gebessert, und bei 3 anderen konnte man eine einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachten. Bei allen anderen war, kritisch betrachtet, eine einwandfreie Beeinflussung des Krebses nicht zu konstatieren. Verf. ist der Überzeugung, daß eine Beeinflussung der malignen Tumoren, ja sogar eine Heilung mit dieser Methode möglich ist. *Konjetzny* (Kiel).

Hara, K.: Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. 2. (*Inst. f. exp. Krebsforsch., Hamburg-Eppendorf.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 25, S. 1258 bis 1259. 1914.

Die Meiostagminreaktion ist für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste sehr brauchbar, wenn sie auch keine vollkommene Spezifizität aufweist. Bei den Untersuchungen diente als Antigen alkoholische Linol- und Recinolsäurelösung. Zur Verdünnung des Serums hat Verf. an Stelle der Kochsalzlösung auch isotonische Traubenzuckerlösung benutzt und damit bessere Resultate erzielt. Es wurden 34 Sera von Tumorkranken untersucht. Die Meiostagminreaktion mit Kochsalzlösung ergab in 24, mit Zuckerlösung in 27 Fällen und die Komplementbindung in 29 Fällen positives Resultat. Die Komplementbindungsreaktion ist also noch etwas spezifischer als die Meiostagminreaktion. *Konjetzny* (Kiel).

Müller, Christoph: Operation oder Bestrahlung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 22, S. 1226—1227. 1914.

Verf. glaubt, daß die heutige Technik der Strahlentherapie, dadurch, daß sie imstande ist, hohe Dosen ohne Schädigung des gesunden Gewebes anzuwenden, sowohl die Reizwirkung auf die Tumoren als auch die Anregung von Metastasenbildung vermeiden kann. Er schiebt die früheren Mißerfolge daher hauptsächlich auf Verwendung ungenügenden Dosen, als auch darauf, daß man nur inoperable Fälle bestrahlt hat. Bei den operablen Fällen erzielt er mindestens gleich gute Erfolge wie mit der Operation. Rezidive seien, nach seiner 6jährigen Erfahrung, nicht häufiger als nach der Operationen. Er glaubt daher auch bei operablen Fällen die Bestrahlung als erstes Mittel empfehlen zu dürfen. Erst wenn sich herausstellt, daß die Bestrahlung versagt, dann soll zur Operation geraten werden. *Hagemann* (Marburg).

Rous, Peyton: Histologische Variationen eines Hühnersarkoms mittels filtrierbarem Agens erzeugt. (*Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 27, S. 1265—1266. 1914.

Durch wiederholte Inoculation eines Spindelzellensarkoms vom Huhn auf Hühner hat Verf. nun schon die 57. Tumorgeneration erreicht. Ferner ist es gelungen, durch

Injektion von Berkefeld - Filtraten mit ausgetrocknetem und glycerinisiertem Tumorbrei kleine Geschwulstherde in Leber, Milz, Lungen usw. zu erzeugen. Diese zeigten eine erhebliche Polymorphie. Bald zeigten sie das Bild des Spindelzellensarkoms, bald das eines Riesenzellensarkoms. Diese Herde werden durch die Lokalisation des tumorerzeugenden Agens in Zellen von verschiedener Entwicklungsart erklärt. Bis jetzt sind aber alle Versuche, eine solche Lokalisation des filtrierbaren Agens künstlich herzustellen, fehlgeschlagen. *Konjetzny* (Kiel).

Knauer, E.: Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung maligner Tumoren und chronischer Entzündungsprozesse durch kolloide Metalle. (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Mitt. d. Ver. d. Ärzte in Steiermark Jg. **51**, Nr. 4, S. 113—120. 1914.

Intravenöse Behandlung maligner Tumoren mit Elektroselen und Elektrocuprol zeigt einen unverkennbaren Einfluß auf regionäre und kontinuierliche Metastasen, auch auf disseminierte Geschwülste. Die Primärtumoren blieben unbeeinflußt. Auch chronisch entzündliche Prozesse zeigen deutliche Beeinflussung durch diese Behandlungsmethode. *C. Lewin* (Berlin).[M]

Alvares, Dionysio und Carlos Prazeres: Ein Fall von menschlicher Sporotrichose. A med. contemp. Jg. **32**, No. 24, S. 187—188. 1914. (Portugiesisch.)

Bei einem 36jährigen an Syphilis leidenden Mann entstand im Anschluß an alte Urethralfisteln der Glans eine Geschwürsbildung, die die ganze Oberfläche der Eichel und die Urethralmündung zerstörte. Aus dem Eiter wurden Reinkulturen des Sporotrichum Beurmanni gezüchtet. Bestätigung durch Agglutination und Tierversuch. *Bergemann* (Berlin).

Verletzungen:

Schwers, Henri: Le traitement des fractures à la clinique de Düsseldorf. (Die Frakturbehandlung an der Düsseldorfer Klinik.) (*Clin. chirurg., acad. Düsseldorf.*) Scalpel et Liège méd. Jg. **66**, Nr. 51, S. 827—830. 1914.

Autor beschreibt die von Witzel geübte Methode der Frakturbehandlung, die er in Düsseldorf kennen gelernt und selbst in 100 Fällen anzuwenden Gelegenheit gefunden hatte. Die Methode macht sich Einfachheit zum Prinzip und besteht im Ersatz des zirkulären Gipsverbandes durch Gipsschienen, wenn nötig in Verbindung mit einer Extension. Die Gipsschiene besteht aus 6—8 Lagern Gipsmullbinde, wird naß an das Glied anmodelliert und trocknen gelassen. Sie wird gewöhnlich über Trikot angelegt. Bei Verbindung mit Extension wird zuerst diese angelegt, über das Ganze kommt ein Stärkeverband. Bei schwieriger Retention der Bruchstücke nimmt man 2 Schienen; vorher Röntgenaufnahme und Einrichtung in Narkose. Die Schiene ist leicht, billig, läßt sich gut improvisieren, kann schnell angelegt und weggenommen werden und ermöglicht Mechanotherapie. Sie wird an der oberen Extremität 10—20 Tage, an der unteren 4—6 Wochen belassen; nur beim Oberschenkel wird als Gehverband noch ein zirkulärer Gipsverband verwendet. Sonst dient die Schiene noch zur Ruhigstellung bei Phlegmonen, Arthritis usw. Im speziellen wird bei Bruch des Oberarmes Extension (1—3 kg) und eine Schiene angewendet, die die Schulter, den Oberarm und die Hälfte des Unterarmes umfaßt; beim Anlegen der Schiene tritt der Arzt zur Extension in die Schlinge der Zugstreifen. Am Ellbogen wird eine Extension in Streckstellung und eine Schiene von der Schulter bis zum Handgelenk auf 10 Tage angelegt; bei Kindern Reposition in Narkose und Fixation in Beugung mit äußerer Schiene. Vorderarm: in Supination Schiene vom Ellbogen bis zum Handgelenk. Bei Radiusbrüchen mit geringer Verstellung Mitella, bei arger Dislokation dorsale Schiene bis zu den Fingern in Flexion, Abduction und Supination der Hand. Zur Mobilisation und Stärkung der Finger wird ein Gummischwamm in die Hand gegeben. Handwurzel: wie einfache Radiusbrüche. Finger: werden über einem Wattebausch in der Hohlhand fixiert. Femurhals: Extension in Abduction (5—10 kg) und äußere Gipsschiene von Hüfte bis zum Knöchel; Schenkelschaft ebenso (5—12 kg); bei Kindern werden beide Beine mit Gipsschienen nach oben extendiert (1—3 kg). Kniescheibe: seitliche Gipsschiene, bei Diastase Naht. Unterschenkel: Extension (5—10 kg) mit äußerer Gipsschiene (bei fehlender Verstellung bloß letztere, unter die Fußwölbung gekrümmt und innen am Fuß aufsteigend). Nach einigen Tagen für 3—5 Wochen Dollingerscher Gehverband; bei tiefen Unterschenkelfrakturen wurde die Steinmannsche Nagelextension mit der Gipsschiene kombiniert. Knöchelbrüche wie Unterschenkel; nach 6 Wochen durch 4 Monate hohe Schuhe mit Plattfußeinlage von Aluminiumbronze. *Streissler* (Graz).

Kaisin-Loslever, A.: Fractures intra-articulaires de diverses articulations. (Intraartikuläre Frakturen verschiedener Gelenke.) Journ. de radiol. Bd. **8**, Nr. 1, S. 5—8. 1914.

Autor verwirft die Immobilisation. Die Methode der Wahl ist die sofort einsetzende

aktive und passive Bewegung, kombiniert mit Massage. Die Prognose wird dadurch bedeutend verbessert. *Amstad* (Basel).

Estes, W. L.: Compound fractures of the bones of the extremities. (Komplizierte Brüche der langen Extremitätenknochen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 24, S. 1869—1873. 1914.

Was Verf. in seinem Vortrag über erste Hilfe, über die Behandlung des Schocks, über die Desinfektion und erste Behandlung der Wunde und über die Indikationsstellung bezüglich der Amputation sagt, weicht von den bei uns üblichen Grundsätzen nicht ab. Dagegen ist für uns neu, daß Verf. die operative Fixation der Fragmente gerade bei komplizierten Frakturen empfiehlt. Unter 51 Fällen hat er 35 mal operativ eingegriffen, 28 mal durch Anlegen von Platten, 7 mal hat er mit Draht genäht. Verf. gibt den Metallplatten weitaus den Vorzug vor der Drahtnaht, wenn er auch nicht die Lanesche Platte, sondern eine von ihm angegebene aus „Wessel"-Silber benutzt, die durch percutane Silberstifte am Knochen fixiert wird. Daß jede komplizierte Fraktur als mehr oder weniger infiziert zu betrachten ist, bildet keine Gegenindikation, im Gegenteil steht Verf. auf dem Standpunkt, daß Silber, Kupfer und Nickel — weniger Stahl und Eisen — das Bakterienwachstum beeinträchtigen, wofür er sich auf eine 20jährige Erfahrung am Johns Hopkins Hospital beruft. Von der Drainage macht Verf. ausgiebigen Gebrauch. Bei großen Lappenwunden pflegt er multiple Incisionen zu machen, ohne Drains einzulegen. Der erste Gipsverband bleibt wenn möglich 3 Wochen liegen. Beim ersten Verbandwechsel werden die Silberstifte, wenn nötig auch die Platten entfernt. Die Resultate des Verf. (Statistik) sind sehr gut, beim operativen Vorgehen besser als bei konservativer Behandlung.

Jüngling (Tübingen).

Barlerin, P.: Les pansements au sérum de cheval en médecine infantile et notamment dans les cas de brûlure. (Die Verbände mit Pferdeserum in der Kinderheilkunde, besonders bei Verbrennungen.) Bull. mens. de la soc. d'hyg. de l'enfance Jg. **28**, Nr. 232, S. 109—116. 1914.

Pferdeserum ruft auf Wunden ein reichliches Herbeiströmen von Leukocyten hervor, welche eine baktericide und regenerative Tätigkeit entfalten. Brandwunden 2. und 3. Grades, welche anfangs 1—2mal täglich, später 2—3tägig mit in Pferdeserum getränkter Gaze verbunden werden, heilen schneller und schöner als bei allen anderen Methoden und ohne schrumpfende Narben zu hinterlassen. Die verbrannte Haut ist vorher mit Seifenwasser zu reinigen und mit physiologischer Kochsalzlösung abzuspülen, Blasen sind durch Anstechen zu entleeren. Über mehrere Lagen steriler Gaze kommt ein Blatt Guttapercha und darüber sterile Watte. Das Verfahren wird seit 10 Jahren mit bestem Erfolge angewendet. Zwei Krankengeschichten als Beispiele. Auch zu Pinselungen bei anginösem Belag, zur Stillung parenchymatöser Blutungen bei Operationen und hämorrhagischen Diathesen wird das Serum erfolgreich verwendet. *v. Khautz.*

Hughes, Basil: The complications and treatment of compound fractures. (Komplikationen und Therapie bei komplizierten Frakturen.) Clin. journ. Bd. **43**, Nr. 25, S. 397—400. 1914.

Weite Diastase der Fragmente, Abstreifung des Periosts von den Enden, Interposition von Weichteilen können an ausbleibender Vereinigung schuld sein. Gefahren von seiten des Allgemeinbefindens sind Pneumonie und Delirium tremens; bei Alkoholikern soll deshalb prophylaktisch Brom gegeben werden. Das Vorkommen der Fettembolie bestreitet Verf. Zu befürchten sind Tetanus und Sepsis, Osteomyelitis der Fragmente, Fibrose des Periosts mit Bindegewebsproliferation in den Weichteilen. Behandlung: Narkose, ehe man die Schiene entfernt; Bedeckung der Wunde mit einer Carbolkompresse, Reinigung der Umgebung; wenn möglich, Excision der Wunde und Hautnaht. In schweren Fällen möglichste Vereinigung des Periosts mit Catgut, Stellung der Fragmente; niemals Vereinigung der Bruchenden durch Naht, Schrauben oder Platten; Drainage der Wunde, Extension oder Schiene. In den schwersten Fällen mit grober Verunreinigung: Resektion der Knochenenden, Desinfektion der Stümpfe mit reiner Carbolsäure, Spülung der Wunde mit Listerscher Lösung (Carbol 1 : 20, Sublimat 1 : 500). Die wenigen Infektionen, die Verf. sah, beruhten auf Überwanderung von Staphylococcus albus aus der Haut, oder auf Metastasenbidlung von einer gleichzeitig bestehenden Pyorrhoea alveolaris her; auch Bacterium coli wurde beobachtet. In diesen Fällen wurde β-Naphthol gereicht. Außerdem stets Behandlung mit Autovaccine und lokal Wasserstoffsuperoxyd. In allen Fällen ist auf Diabetes und Lues zu fahnden. *Magnus* (Marburg).

Wilder, W. H.: The modern treatment of fractures of long bones. (Die moderne Behandlung von Frakturen der langen Knochen.) Internat. journ. of surg. Bd. 27, Nr. 6, S. 203—205. 1914.

Die kurze Abhandlung des Verf. ist mit dem ersten Preis ausgezeichnet worden. Verf. führt kurz folgendes aus: Die Entdeckung der Röntgenstrahlen hat zu zwei Dingen geführt, einmal dem Bestreben der Chirurgen, bessere Resultate auch in anatomischer Hinsicht zu erzielen, sodann aber auch zu Mißbräuchen, indem mit der wachsenden Zahl von Röntgenapparatbesitzern und deren Bestreben, Geld zu verdienen, mehr Aufnahmen für Patienten gemacht worden sind, als gut war, und das häufig ohne Wissen des Chirurgen, der den Fall behandelt hatte. Das führte dann zu recht unangenehmen Schadenersatzansprüchen. Die Röntgenstrahlen sollen nicht überschätzt werden; sie sind nur als ein allerdings sehr wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose und Behandlung der Frakturen zu betrachten, sollten aber auch, wie Murphy fordert, in jedem zweifelhaften Falle zur Anwendung gelangen. Ist eine Fraktur mit Chokerscheinungen verbunden, so ist das erste und wichtigste die Bekämpfung des Choks; Verf. zieht dafür Morphium in großen Dosen allen anderen Hilfsmitteln vor. Ein längerer Transport sollte erst nach Abklingen der Chokerscheinungen stattfinden. Behandlung der komplizierten Frakturen: Verf. sucht die komplizierten Frakturen zunächst in einfache zu verwandeln. Er desinfiziert die Wunde mit Jodtinktur-Alkohol aa. und legt dann einen Deckverband darüber, das Glied selbst aber in eine verstärkte Gipsschiene mit Fenster. Nur lose Knochensplitter werden entfernt. Verf. gibt die Anschauungen Murphys und Lanes wieder, die davon abraten, den Knochen zu nähen oder innerlich zu schienen, überhaupt irgendeinen Fremdkörper in die Wunde zu bringen. Lane bringt seine dann vielfach gefensterte Schiene bzw. Platte nur da an, wo die Deformation voraussichtlich sehr stark werden würde und Raum genug für die Anlegung vorhanden ist. Die Schrauben müssen dann aber im gesunden Knochen in beträchtlicher Entfernung von der Bruchstelle zu liegen kommen. 2. Einfache Frakturen. Im allgemeinen ist hier die unblutige Behandlung vorzuziehen. Die blutige Behandlung frischer Frakturen, die den Vorzug hat vor der veralteter Frakturen, sollte nur von in diesem Fach ganz geübten Operateuren und nur in gut ausgestatteten Krankenhäusern und nur mit den dafür erforderlichen Instrumenten ausgeführt werden. Verf. hat in den letzten 3 Jahren nur noch die Laneschen Platten angewandt und nahezu ausschließlich mit Erfolg. *Wiemann* (Kiel).

Murphy, John B.: Fractures in the neighborhood of joints. (Knochenbrüche in der Nähe der Gelenke.) Journ.-lancet Bd. 34, Nr. 9, S. 231—238, Nr. 10, S. 261 bis 269 u. Nr. 11, S. 289—300. 1914.

Bei Colles' Fraktur (Bruch der Radiusepiphyse), die immer durch eine gegen die Handfläche gerichtete Gewalt erzeugt wird, verläuft die Bruchfläche von vorne nach hinten aufwärts und das distale Fragment wird so gedreht, daß die Gelenkfläche dorsalwärts gerichtet ist. Reposition soll nur unter Anästhesie erfolgen und wird so ausgeführt, daß der Arzt an dem auf sein Knie gelegten Glied die Dislokation durch Hyperextension verstärkt, wodurch die Verhakung der Bruchstücke gelöst wird, so daß das distale Bruchstück leicht in die Normalstellung gebracht wird. Nach der richtigen Reposition bleiben die Fragmente von selbst in ihrer Stellung und es dürfen keine Schmerzen mehr auftreten. Verband mit dorsaler Gipsschiene. Mit Colles' Fraktur kann Luxation der Carpalknochen, besonders des Lunatums, verwechselt werden. — Die Brüche beider Vorderarmknochen geben die meisten schlechten Heilungen, und zwar sind nach Murphys Beobachtung die Fälle, in denen es nicht zur festen Vereinigung der Bruchstücke kommt, heute häufiger als vor 20—30 Jahren. Schuld daran ist die „zu vollkommene Immobilisierung", die den zur Callusbildung notwendigen Reiz, das Reiben der Bruchflächen, ausschaltet; bei Tieren heilen die unbehandelten Brüche alle fest, wenngleich oft in schlechter Stellung. Die Vorderarmbrüche sind in extremer

Supination und Auswärtsrotation zu verbinden. Die Brüche am Ellbogengelenk können in rechtwinkeliger Stellung durch keine Schiene reponiert erhalten werden. Die zirkulären Verbände bergen in sich die Gefahr der Volkmannschen Contractur. Der beste Verband ist die Fixierung des Vorderarmes gegen den Oberarm in spitzwinkeliger Beugung, denn nur so läßt sich die Luxation des Vorderarmes nach hinten dauernd verhüten. Die Brüche eines Condyls heilen am besten durch extraartikuläre Nagelung. „Je absoluter die Fixierung, um so geringer ist die Callusbildung und die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Ankylose". Bei den Brüchen beider Oberarmknochen ist zweckmäßig blutige Reposition nach Lane. Ist es zu Ankylose oder zu übermäßiger, die Beweglichkeit beschränkender Callusbildung gekommen, so muß operativ die normale Gelenkkonfiguration nach Murphys Methode wieder hergestellt werden. Intra- und extraartikuläre Brüche des Humeruskopfes, die nicht ohne weiteres sich reponieren lassen, sind breit freizulegen und nach erfolgter Reposition zu nageln. Potts Fraktur ist eine Abduktionsfraktur, bei der die Fibula bricht, das Ligamentum interosseum zerreist und die Spitze des inneren Knöchels abgerissen wird. Sie ist in stärkster Adduktion und lange Zeit zu fixieren, weil das zerrissene Lig. interosseum länger zur Heilung braucht als die eigentlichen Frakturen, die gewöhnlich nach sechs Wochen fest geworden sind. Eine Fraktur, wo die vordere Hälfte des unteren Endes der Tibia perpendikulär abgebrochen war, heilte mit gutem Erfolg nach blutiger Operation und Verschraubung. Bei schlecht geheilten Kompressionsbrüchen des Schienbeinkopfes kann durch blutige Reposition ein sehr gutes Resultat erzielt werden. Bei Brüchen des Schenkelhalses wurde Heilung mit guter Funktion erzielt durch Nagelung. Die Ausführungen sind durch typische Röntgenogramme erläutert. *Gümbel* (Bernau).

Kriegschirurgie:

Hull, A. J.: The transport of wounded in war. (Verwundetentransport im Kriege.) Lancet Bd. **186**, Nr. 25, S. 1765—1766. 1914.

Verf. tritt für raschen Transport der Verwundeten von der Front nach der Basis ein; das liegt im militärischem Interesse wie in dem der Verwundeten. Ganz besonders gilt es Vorsorge zu treffen für eine rasche Evakuierung der Feldambulanzen. Verf. fordert zu diesem Zwecke, daß diese statt der üblichen von Pferden gezogenen Wagen Motorwagen bekommen. Der Transport läßt sich heute ohne Schaden für die Verwundeten durchführen auch mit Motorwagen. Die Verwundeten müssen nur entsprechend vorbereitet werden, zur Bekämpfung des Schocks mit Injektionen von Harnstoff-Chinin in die Umgebung der Wunde bzw. Operationsstelle; durch direkte Anästhesierung der Nervenstämme, ganz besonders aber durch die Rückenmarksanästhesie. Außerdem ist natürlich möglichst Immobilisierung der verletzten Gliedmaßen nötig. Ermüdung und Mangel an Schlaf werden bekämpft durch entsprechende Ernährung und Morphium. Ganz besonders aber wichtig ist der Schutz gegen Kälte, besonders bei Bestehen von Schock, und wenn Alkohol oder Morphium gegeben worden. Verf. verlangt außer den Decken noch dünne Matratzen für die Tragen. Für die Feststellung der Gliedmaßen ist der Gipsverband das souveräne Mittel. Er sollte in erster Linie Verwendung finden, Schienen nur in Notfällen und dann möglichst mit Extension und Gegenzug. Eine Umlagerung darf möglichst nicht stattfinden. Die Wunden sollten nicht mit stärkeren antiseptischen Verbandstoffen bedeckt werden, sondern mit steriler Gaze. Dazu sollen den Feldambulanzen transportable Verbandstoffsterilisatoren mitgegeben werden. *Wiemann* (Kiel).

Kayser: Zur Frage der Infektion der Schußverletzungen. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 199 bis 212. 1914.

Kayser kam bei seinen Versuchen unter anderem zum Ergebnis, daß eine Abtötung der am Geschoß haftenden Keime durch den Schuß nicht stattfindet, daß trotz Durchschlagens von Widerständen die Kugel infektiös bleibt, und daß beim Durchschlagen septischer Kleidungsstücke stets entwicklungsfähige Keime übertragen werden. Die experimentellen Beobachtungen über die Frage, ob und in welchem Umfange Keime in die Schußwunde getragen werden, wurden in der Literatur wenig beachtet. Bis vor kurzem wurden nach dem Bergmannschen Leitsatz frische Schuß-

wunden für nicht infiziert angesehen. Erst vor kurzem wurde dagegen behauptet, daß jede Schußverletzung primär infiziert ist. Diese auseinandergehenden Ansichten haben in den Arbeiten v. Reyhers und Vollbrechts ihren Niederschlag gefunden. Nach Verf. ist die Disposition zur Sekundärinfektion bei dem „subcutanen" Charakter der Schußwunden gering, was Lotsch bezüglich der Schädelschüsse besonders betont. Statistiken über diese Frage sind schwer aufzustellen, besonders da die Feststellung der primären oder sekundären Infektion schwierig ist. Haut und Kleidung des Soldaten ist stark keimhaltig, besonders an Tetanuserregern. Aber natürlich erreicht nicht jede keimhaltige Wunde den „Infektionskoeffizienten", d. h. die primäre Infektion wird manifest, objektiv nachweisbar. Immer mehr wird neuerdings, besonders durch v. Oettingen und v. Reyher, der Standpunkt der primären Infektion vertreten. Die Frage hat therapeutische Bedeutung; als Folge der Bergmannschen Lehre von der Keimfreiheit sind im letzten Balkankriege Schußwunden tamponiert und vernäht worden. Als Umschwung im Sinne des neuen Standpunktes ist das möglichst frühzeitige Operieren bei Tangentialschüssen des Schädels anzusehen. Auch auf Steckschüsse des Oberschenkels will v. Reyher wegen fast sicherer Gefahr schwerer Phlegmone das aktive Vorgehen ausdehnen. Auf Grund der Lehre von der primären Infektion hat sich ein dreifacher Behandlungsgrundsatz (v. Oettingen) allgemeine Anerkennung erworben: 1. Fixation der Bakterien in der Umgebung der Wunden und Fixation der Verbandstoffe. 2. Fixation der gebrochenen Gliedmassen durch Stützverband. 3. Fixation des Kranken an das Lager. Also nicht Deckverband, sondern Ruhigstellung steht im Vordergrund der Behandlung, um so mehr als diese damit zugleich prophylaktisch gegen sekundäre Infizierung wirkt. Vom Dogma der Keimfreiheit der Schußwunden haben uns daher neben der praktischen Erfahrung im Felde die wissenschaftlichen Experimente befreit, als deren Abschluß die schießexperimentellen Untersuchungen des Verf. vor 15 Jahren im Eppendorfer Krankenhaus zu betrachten sind. *Groth* (Liegnitz).

Lejars, F.: Les paralysies traumatiques périphériques d'origine vasculaire. (Über traumatische periphere Lähmungen vasculären Ursprungs.) Semaine méd. Jg. **34**, Nr. 25, S. 295. 1914.

Ein junger Mann erhielt einen Revolverschuß in die rechte Achselhöhle, starke Blutung. Im Krankenhaus wurde die in der Hinterwand der Achselhöhle liegende Kugel entfernt. Normaler Wundverlauf. Vom 5. Tage an bildete sich eine Radialislähmung aus, die nach 2 Monaten komplett war. Man fühlt in der Tiefe der Achselhöhle eine kleine rundliche harte Schwellung ohne Pulsation. Incision ergibt fibröses Gewebe und eine Kommunikation mit der Arteria axillaris Der N. radialis ist von dem Gewebe fest umhüllt und zu einem dünnen Band komprimiert. Er wird vollständig und sehr sorgfältig ausgelöst, die Axillaris wird genäht. Nach 4 Monaten sind alle Symptome verschwunden, und der Mann ist wieder felddienstfähig.

Es kommt bei diesen Fällen, wie sie auch im Balkankriege beobachtet worden sind, nach der Arterienverletzung nicht zur Ausbildung eines Aneurysmas, sondern an der Verletzungsstelle zu baldiger Thrombose mit starker Bindegewebsentwicklung, die in benachbarte Nerven hineinwächst und sie leitungsunfähig macht. Da die subtile Auslösung der Nerven zur Heilung führt, ist diese der Resektion und Naht vorzuziehen.

Vorderbrügge (Danzig).

Laurent, O.: A propos des fractures par projectiles de guerre. (Über Kriegsschußbrüche.) Clinique (Bruxelles) Jg. **28**, Nr. 16, S. 241—249. 1914.

Laurent bespricht Häufigkeit, Entstehung usw. einiger besonderer Knochenverletzungen infolge von Schüssen, so die Kontusion, den Knocheneinbruch, den Knochenstreifschuß, den Knochendurchschuß ohne Bruch, die Knochenzertrümmerung, die Explosionswirkung, und gibt eine Einteilung der verschiedenen Knochenschußverletzungen. Die Verletzungen des Ober-, Unterarmes, Ober-, Unterschenkels, des Fußes weisen bestimmte Unterschiede auf, die u. a. vom Blutdrucke abhängen. Einzelbeobachtungen über Schlüsselbein-, Schulterblatt-, Oberarm-, Ellenbogen-, Beinschußbrüche sowie über Selbstverletzungen.

Georg Schmidt (Berlin).

Rosen, L. A.: Zur Frage der Sehnenplastik mittels Fascie. (Beobachtungen aus der kriegschirurgischen Tätigkeit der Moskauer Sanitätskolonne in Bulgarien.) Chirurgia Bd. **35.** Nr. 208, S. 595—601. 1914. (Russisch.)

26jähriger Krieger erhielt in der Schlacht einen Schlag auf den linken Unterarm. Die Wunde heilte, wonach im englischen Lazarett in Sofia im Laufe von 2 Monaten durch Massage, Gymnastik und Elektrizität die Hand ohne Erfolg behandelt wurde. Pat. wurde ausgeschrieben und kam späterhin ins russische Lazarett. Die Dorsalfläche des linken Unterarmes zeigte eine tiefe, 2,5 cm breite quer verlaufende Narbe auf der Höhe des mittleren und unteren Drittels. Die Sehnen der Extensoren sind nicht durchzufühlen, aktive Beweglichkeit der Hand und der Finger fehlt fast vollkommen. Bei der Operation wurde die Narbe, die bis zum Knochen reichte, ausgeschnitten und die Haut türflügelartig nach oben und unten abpräpariert. Der Sehnendefekt betrug nach Anfrischung der verkümmerten Sehnenenden 11—14 cm. Es wurde der Fascia lata ein 6 × 15 cm großes Stück entnommen und daraus 5 röhrenartige Ersatzstücke für die 5 Extensorensehnen gebildet. Das Lig. carpi dorsale wurde durch einen zweiten Fascienstreifen 4 × 10 cm (dem anderen Schenkel entnommen) ersetzt. Exakte Hautnaht. Prima itentio. 13 Tage p. op. begannen die ersten aktiven Bewegungen. 1 Monat p. op. konnte Pat. mit den Fingerspitzen den Handteller berühren und dieselben wieder strecken. Leider mußte Pat. bald darauf evakuiert werden, doch lauteten die späteren Nachrichten sehr günstig, die Funktion der Hand und der Finger machte weitere Fortschritte, so daß ein halbes Jahr nach der Operation der Kranke seine Hand als vollkommen genesen bezeichnete. Verf. betrachtet diesen Fall als den ersten klinischen Erfolg bei Ersatz großer Sehnendefekte durch Fascienmaterial. *Stromberg* (St. Petersburg).

Majewski, Bronislaus: Zur Wundversorgung am Kriegsschauplatze. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. 1, S. 73—83. 1914.

Weder theoretische Erwägungen noch praktische Erfahrungen rechtfertigen die Einführung der Jodtinktur in die Kriegswundversorgung. Majewski führt die Ergebnisse an, die auf der chirurgischen Abteilung des Garnisonsspitales Nr. 3 in den letzten 5 Jahren bei der Jodtinkturbehandlung von Fingerwurm, Furunkel, Absceß, Zellgewebsentzündung, Quetschwunde, Schuß-, Explosionsverletzung erzielt wurden im Vergleiche mit den 5 vorhergehenden Jahren, in denen 10proz. HgO-Vaselingaze verwendet wurde. Unter letzterer dauerte die Ausheilung kürzere Zeit und wurden mehr Leute dienstfähig. — Auch bei Artilleriegeschoßverletzungen, bei denen von vornherein der Mastisolverband nicht angewendet werden kann, könnte Jodtinktur die Infektion nicht verhindern. — Die Jodtinktur, das stärkste antiseptische Mittel, eignet sich nicht für den ersten Verband. Ebensowenig passen allerlei antiseptische Pulverarten. — Das Verbandpäckchen soll dem des Roten Kreuzes entsprechen, jedoch enthalten statt der Vioformgaze 2 Stück HgO-Vaselingaze zu 10 qcm, 2 Stück keimfreie Mullstücke (Gaze), 40×20 cm, für den Ein- und den Ausschuß, verschiebbar auf einer 140 cm langen, 6,5 cm breiten C-Binde befestigt. *Georg Schmidt* (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Kümmell, H.: Weitere Erfahrungen über intravenöse Äthernarkose. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 27—36. 1914.

Kümmell schildert die guten Erfahrungen, die im Eppendorfer Krankenhaus mit der intravenösen Äthernarkose gemacht wurden. Sie kam in Anwendung in 250 Fällen bei Operationen am Kopf, im Gesicht, in der Mund- und Rachenhöhle; außerdem bewährte sie sich vorzüglich bei erschöpften und abgemagerten Patienten. Die zur Narkose nötigen Äthermengen sind gering; das Erwachen aus der Narkose erfolgt rasch, ohne Unbehagen, Erbrechen wurde nie beobachtet; auch trat niemals eine Embolie im Anschluß an die Narkose ein. Die lokale Thrombenbildung an der Einstichstelle läßt sich durch kontinuierliches Einfließen von Kochsalzlösung, die von der 5proz. Ätherkochsalzlösung getrennt einlaufen kann, sicher vermeiden. Der Eintritt der Narkose wird bei Potatoren oder sehr widerstandsfähigen Patienten beschleunigt durch gleichzeitige Verabreichung von Isopral, das mit Kochsalzlösung in 1,5proz. Konzentration angewandt wird. Zu rasches Einlaufen

dieser Lösung führt aber leicht zu Cyanose und zur Asphyxie; Störungen, die sich bei vorsichtiger Verwendung vermeiden lassen. In den meisten Fällen genügen 80 g Isoprallösung zur Erreichung des Toleranzstadiums, über 120 g Lösung = 1,8 Isopral hinauszugehen, ist nicht zu empfehlen. *Hohmeier* (Marburg).

Coburn, Raymond C.: Erroneous deductions from tracheal insufflation. (Irrtümliche Schlußfolgerungen betreffend die intratracheale Insufflation.) New York med. journ. Bd. 99, Nr. 25, S. 1238—1240. 1914.

Coburn, ein begeisternder Anhänger der Crileschen Theorien über Verhütung und Ursache des Schocks, meint, daß eine Reihe von Vorzügen, die der intratrachealen Insufflation zugeschrieben werden, der Kritik nicht standhalten. Vor allem gilt das von der angeblichen Verminderung des Schocks, denn die Lachgasnarkose ist der Äthernarkose in dieser Beziehung weit vorzuziehen. Die Verwendung warmer Dämpfe ist besser als die von Narkoticis in kaltem Zustande. *Schlesinger* (Berlin).

Carraro, Nicola: L'anestesia locale in urologia. (Die lokale Anästhesie in der Urologie.) (*Osp. magg., Milano.*) Morgagni, Tl. 1, Jg. 56, Nr. 4, S. 121—133. 1914.

Hinweis auf die Möglichkeit, bei urologischen Operationen durch Verwendung der lokalen Anästhesie schmerzlos zu operieren, ohne den Patienten irgendeiner Gefahr auszusetzen, während andererseits Chloroform- und Äthernarkose wegen der Nieren- und Harnalteration gerade bei urologischen Operationen viele Gefahren bedingt. Verf. verwendet nach Reclus $^1/_2$ proz. Novocainlösung in physiologischer Lösung, der Adrenalin (25 Tropfen auf 100 ccm Lösung) zugesetzt wird und die schichtweise eingespritzt wird. Anführung der Technik für die verschiedenen Operationen und Hinweis auf die Möglichkeit der Anästhesierung von Harnröhre und Blase durch Instillation von 15—20 ccm der Lösung. *Strauß.*

Desinfektion und Wundbehandlung:

Nicolson, William Perrin: A plea for catgut as a skin suture. (Ein Wort für Catgut als Hautnaht.) Americ. journ. of surg. Bd. 28, Nr. 6, S. 225—226. 1914.

Verf. näht seit Jahren alles außer der Darmwand mit resorbierbarem Material und hat damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Zur Vermeidung der Stichkanaleiterung empfiehlt er schonende Hautdesinfektion, wie sie der einfache Jodanstrich am besten gewährleistet. Verf. verwendet Chromcatgut, der nicht vor dem 8. oder 10. Tag resorbiert wird. *Jüngling.*

Boruttau, H.: Über percutane Jodresorption. Klin.-therap. Wochenschr. Jg. 21, Nr. 24, S. 677—678. 1914.

Die Jodsalbe „Jodex" (Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz) enthält 5% Jod, das teils frei, teils ohne Vermittlung von Alkalien locker an einen organischen Zusatz zur Salbengrundlage (Mineralfett) gebunden ist. Jodex macht keine Hautreizung und hinterläßt, gut eingerieben, keine Hautfärbung. Die Jodresorption erfolgt aus dieser Salbe rascher und ausgiebiger als bei Anwendung von Jodtinktur. *Amstad* (Basel).

Bujwid, O.: Weitere Versuche über die Sterilisation mit verdünntem Alkohol. Liječnički vijesnik. Jg. 36, Nr. 5, S. 241—245. 1914. (Kroatisch.)

Verf. berichtet über Versuche, die er mit verschiedenen Konzentrationen von Alkohol angestellt hat. Er bestrich die Fingerkuppe mit Staphylokokkenkulturen, tauchte den Finger 1—5 Minuten in Alkohol und streifte diese dann in eine Petrischale mit Agar ab. Bei starker Konzentration des Alkohols (90—95%) konnte er keine desinfizierende Kraft feststellen; bei schwächerer Konzentration (50—60%) gingen schon nach kurzer Einwirkung des Alkohols (15—20 Sekunden) keine Staphylokokkenkulturen auf. Verf. nimmt als Grund für diese Erscheinung an, daß bei starker Konzentration des Alkohols die Bakterienmembran fixiert und das Eindringen in das Cytoplasma verhindert wird, während bei schwächerer Konzentration diese Fixierung ausbleibe und der Alkohol in das Cytoplasma eindringen könne. Die beste desinfizierende Wirkung fand Verf. bei einer Konzentration des Alkohols bei 60%. In dieser Konzentration trat in seinen Versuchen bei den meisten pyogenen Infektionserregern eine sichere baktericide Wirkung auf mit Ausnahme der Sporen von Tetanus und Milzbrand. *v. Budisavljevic* (Innsbruck).

Dickinson, G. K.: Wright's solution, a substitute for antiseptic solutions. (Wrightsche Lösung, Ersatz für antiseptische Lösungen.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 25, S. 1124—1125. 1914.

Die Wrightsche Lösung, welche Dickinson im Christ Hospital seit zwei Jahren in

ziemlich ausgiebiger Weise zur Wundbehandlung angewendet hat, setzt sich zusammen aus zitronensaurem Natron (Sodium citrate) 0,5, Chlornatrium (Sodium chloride) 3,0 und destilliertem Wasser 100. Durch Anwendung der Lösung will D. eine leichte Hyperämie hervorrufen. Er wendet sie besonders an zur Anregung schlaffer Granulationen, und um die Reinigung infizierter Wunden zu befördern. Auch zu Spülungen eignet sie sich. *M. v. Brunn* (Bochum).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Corbus, B. C.: A new suprapubic bladder retractor. (Ein neues suprapubisches Blasenspeculum.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 62, Nr. 24, S. 1890. 1914.

Das Instrument soll dazu dienen, nach der suprapubischen Cystotomie das Innere der Blase so zu erhellen, daß Nähte u. dgl. angelegt werden können. Es ist eine Kombination von selbsttätigem verstellbaren Bauch- und Blasenwandhalter mit einer elektrischen Lampe. Einzelheiten sind nur durch die beigefügten Abbildungen verständlich. Fabrikant: V. Müller u. Co., Chicago. *Posner* (Jüterbog).

Geiger, Charles: The electric drill, saw, reamer, and trephine in bone surgery. (Elektrischer Bohrer, Säge, Fräse und Trepan für Knochenoperationen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 18, Nr. 6, S. 763—764. 1914.

Beschreibung eines Apparates, der sich von den üblichen hauptsächlich dadurch unterscheidet, daß der Operateur den sehr handlich gearbeiteten, sterilisierbaren Motor, der 4 Pfund wiegt, in der Hand hält; ein Federkontakt wird mit dem Daumen geschlossen. Genaueres ist im Original nachzusehen. Eine Abbildung. Bezugsquelle? *Jüngling* (Tübingen).

Flockemann, A.: Der Stachel-Murphyknopf. (Zeitsparende Veränderung am Murphyknopf.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 505—506. 1914.

Beide Hälften des Knopfes sind mit je drei Stacheln versehen, die in je drei entsprechende Löcher hineinpassen und den Ring fester fixieren sollen. *Herzfeld* (Berlin).

Wier, F. A.: The hypodermic syringe versus the scalpel. (Subcutane Spritze contra Messer.) Therap. rec. Bd. 9, Nr. 102, S. 153—156. 1914.

Ungefähr 90% der Fälle von Hernien, Varicocelen und Hämorrhoiden können nach den Erfahrungen des Verf. geheilt werden durch einige Injektionen reizender, narbenbildender Flüssigkeiten in das betreffende Gewebe. Speziell empfohlen wird folgende Mischung: Zinc. sulfur. 0,6, Acid. carbolic. 0,36, Guajacol. 0,9, Thuja 7,5, Ol. Cinnamon. 0,12, Glycerin dehydrat. 7,5, Aqua dest. ad 30,0. Vorbedingung ist bei Hernien die Reponibilität. Die Flüssigkeit wird tropfenweise in die Wand der Bruchpforte injiziert, bei Varicocelen und Hämorrhoiden in die vorher und nachher gut komprimierten varicös veränderten Venen. *Hans Brun* (Luzern).

Friedrich, P. L.: Dreigeteilte Extremitäten-Transportschienen für den Krieg. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 41, Nr. 24, S. 1019—1021. 1914.

Verf. empfiehlt eine dreigeteilte Schiene für Arm und Bein mit aufklappbaren Seitenteilen für den ersten Transport der Verletzten ins Krankenhaus sowie für die Behandlung. Ein Verbandwechsel ist auch bei angelegter Schiene von allen Seiten möglich, ohne daß das extendierte Bein oder der Arm aus der Schiene genommen werden müssen. Die Armschiene, die 1902 schon ähnlich von Heller aus der Klinik Friedrichs beschrieben wurde, ist jetzt ebenso wie die Beinschiene, aus Drahtmaterial, entsprechend den Cramerschen Drahtschienen, hergestellt, und hat am Ellenbogen zusammenklappbare Scharniergelenke. Durch vier Abbildungen werden die Schienen, zusammen- und auseinandergelegt, gut veranschaulicht. *Creite* (Göttingen).

Price, jr., John W.: A canula-forceps for blood-vessel anastomosis. (Eine Kanülenzange für Blutgefäßanastomosen.) Lancet-clin. Bd. 109, Nr. 4, S. 101—102. 1913.

Das vom Verf. als Kanülenzange bezeichnete Instrument besteht aus einer Kanüle, die in ihrer Längsrichtung geöffnet und geschlossen werden kann; das eine Ende derselben ist gespult. Das eine Gefäß wird in die geöffnete Kanüle so eingelegt, daß das Ende die Kanüle um 3—4 mm überragt, die Kanüle hierauf geschlossen. Mit drei Irishaken wird das Ende des Gefäßes angezogen und über das gespulte Ende der Kanüle evertiert. Das Ende des zweiten Gefäßes wird sodann ebenfalls mit drei Irishaken gefaßt und über das umgestülpte Ende des ersten Gefäßes so gezogen, daß sich die beiden Endothelflächen berühren und die Ränder sich decken. Nun werden zwei Irishaken durch beide Gefäßränder durchgeführt, die Haltehaken entfernt und eine fortlaufende Naht durch die beiden Ränder gelegt. Sodann Entfernung der Haken und der Kanüle. Die Kanülen sind in verschiedenem Durchmesser vorhanden. Verf. glaubt mit dieser Methode folgende Vorteile verbinden zu können: 1. die schwierige Carrelsche Naht wird umgangen, 2. eine genaue Annäherung der Gefäßränder ist ermöglicht, 3. eine Verengerung der

Lumina an der Nahtstelle wird verhindert, 4. eine geschulte Assistenz ist unnötig, 5. die Zeit des Eingriffes wird verkürzt. Mit dieser Möglichkeit ist ferner die End-zu-Seit-Naht auf gleiche Weise möglich, ferner das Einbinden eines Gefäßes in ein zweites zum Zwecke der direkten Bluttransfusion. *Jurasz* (Leipzig).

Franz: Eine Transportschiene für Hüftgelenkverletzungen und Oberschenkelfrakturen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 27, S. 1375—1376. 1914.

Die angegebene Schiene ist als Einheitsschiene für den ersten Notverband gedacht und besteht aus einer starren oben verbreiterten Hohlrinne aus verzinntem, nicht rostendem Stahlblech (1000 g) oder aus schwarz lackierter Pappe mit dorsalem Verstärkungsstreifen aus Blech (750—915 g), von 91 cm Länge mit aufgebogenen Rändern (zur Vermeidung von Druck); sie wird als vordere dorsale Schiene angelegt, wodurch die durch Zug des Ileopsoas hervorgerufene Beugung des proximalen Fragments bekämpft wird, während die Auswärtsrotation des distalen Fragments durch Zusammenbinden der Füße erreicht werden kann. Die Schiene fixiert Hüft- und Kniegelenk und benötigt zur Anlegung nur vier Rollen grauer Watte und sechs Mullbinden. Ihre Vorzüge sind, daß sie Zeit und Hilfskräfte spart, von Wasser unabhängig ist, durch Feuchtigkeit nicht leidet und sofortigen Transport erlaubt. *v. Saar* (Innsbruck).

Neumayer, Victor L.: Zur Beleuchtung der Operationszimmer kleiner Landspitäler. (*Bezirksspit. Kljuc, Bosnien.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 24, S. 1342. 1914.

Neumayer empfiehlt die Benzin-Trockenlampe Geg als hell, angenehm und explosionssicher für Orte, wo weder Gas noch elektrisches Licht existiert. Firma: Gas-Economisiergesellschaft Wien. *Herzfeld* (Berlin).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Frazier, Charles H.: Procedures adapted to the exposure of structures at the base of the skull. (Verfahren zur Freilegung der Gebilde an der Schädelbasis.) Lancet-clin. Bd. 109, Nr. 6, S. 154—163. 1913.

Für Operationen an der hinteren Schädelgrube ist Meltzers intratracheale Anästhesie unersetzlich: man kann jetzt die Patienten ohne Gefahr auf den Bauch legen; Atemstörungen kommen nicht mehr vor (Kleinhirnbrückenwinkeltumoren). Zur Durchschneidung des Hörnerven z. B. wegen zentralen Schwindels, legt man eine Kleinhirnhernisphäre frei und gelangt am Felsenbein entlang leicht zum Meatus auditorius internus. Große Vorsicht am Kleinhirn wegen der Nähe der Medulla! Es muß rückwärts nicht nach der Mittellinie zu disloziert werden. Der Acusticus ist fast doppelt so groß als der Facialis; bei geringstem Zweifel muß die Elektrode entscheiden. Regeneration findet nach der einfachen Durchschneidung ebensowenig statt wie an der sensorischen Wurzel des Ganglion Gasseri. — In der mittleren Schädelgrube können Tumoren des Uncus leicht mit Hypophysistumoren verwechselt werden, da beide Gebilde benachbart liegen und ein Tumor auch Drucksymptom in der Nachbarschaft hervorrufen kann. Zur Freilegung des Gyrus uncinatus genügt nicht die einseitige weite osteoplastische Aufklappung (Basis des Lappens im Niveau der Schädelbasis) mit Resektion des Jochbogens; um das Gehirn genügend dislozieren zu können, muß in einer früheren Sitzung noch eine temporale Dekompression der anderen Seite hinzugefügt werden; und dann ist, wie bei allen Tumoren mit starkem Hirndruck zu empfehlen ist, um Platz zu gewinnen, Liquor abzulassen, entweder durch Lumbalpunktion oder aus den großen basalen Zisternen der hinteren Schädelgrube und aus den Seitenventrikeln. — Beim Ganglion Gasseri zieht Verf. der Exstirpation des Ganglion das Ausreißen seiner sensorischen Wurzel als einfachere und ungefährlichere Methode vor, die ihm in 10jähriger Erfahrung glänzende Dauerresultate ergeben hat (nur 2 Todesfälle, an Niereninsuffizienz am 10. Tag, an Apoplexie am 2. Tag nach der Operation). Nach Freilegung des Ganglion (15—20 Min.) Alkoholinjektion in dasselbe; dann kann die Narkose ganz wegbleiben. Auch die kosmetischen Resultate sind vorzüglich bei Anlegen des Schnittes in der Haargrenze und Schonung des oberen Facialisastes. — Zum Schluß bespricht Verf. die verschiedenen Methoden zur Freilegung

der Hypophyse; das Röntgenbild hat zu entscheiden, ob man kranial oder transsphenoidal besser an den Tumor herankommt; meist wird der erste Weg vorzuziehen sein. Verf. plädiert an Hand eines Falles nochmals für seine schon beschriebene (und hier referierte) „infrafrontale" Methode, eine Modifikation nach McArthur, dem sie überlegen ist durch bessere Übersicht und geringere Knochenopferung. — Die mechanische Technik der Kraniotomie ist leicht gelernt; wichtiger für den Hirnchirurgen ist Sicherheit in der Beherrschung der Blutung, schonende Behandlung des Gehirns, genaue Kenntnis dessen, was man dem Gehirn und dem Patienten zumuten darf, wobei auch Art und Technik der Narkose eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt.

Tölken (Zwickau).

Weiß, H.: Zwei weitere mit Kupfer und Quarzlampe geheilte Fälle von Ulcus rodens. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 29, S. 1478—1479. 1914.

Dibernardo, Amato Lucio: Contributo allo studio delle operazioni plastiche sulla faccia. Meloplastica secondo il metodo Israel-Hahn. (Beitrag zum Studium der operativen Gesichtsplastiken; Wangenplastik nach der Methode von Israel-Hahn.) (*Osp. civ., Città d. Pieve.*) Foligno: Prem. stab. tip. artigian. di S. Carlo 1913. 11 S.

Der durch Exstirpation eines nach der Mundhöhle durchgebrochenen Carcinoms entstandene Defekt wurde nach Israel-Hahn mit gedoppeltem Lappen gedeckt. Dibernados Modifikation besteht darin, daß er den Lappen statt aus der Haut des Halses aus der Schläfe entnahm, deren unbehaarter Teil geeigneter zum Ersatz der Mundschleimhaut erscheint, und daß er die Durchtrennung der Lappenbasis und die Anfrischung der Umschlagstelle in nur einer Sitzung ausführte. Der Schläfenlappen wurde so umschnitten, daß er die Arteria temporalis enthielt.

Gümbel (Bernau).

Hirnhäute, Gehirn:

Zapelloni, L. C.: Omoioplastiche della pachimeninge. (Homoioplastischer Durarersatz.) (*Istit. di patol. spec. chirurg., univ., Roma.*) Policlinico, sez. chirurg. Jg. 21, H. 4, S. 190—204 u. H. 5, S. 215—241. 1914.

Bericht über mehrere Versuchsreihen, den plastischen Ersatz von Duradefekten betreffend, in welchen an Hunden die bisher vorliegenden Resultate sowohl bezüglich der zur Transplantation sich eignenden Gewebe als auch hinsichtlich des Schicksals der überpflanzten Lappen nachgeprüft wurden. Zur Verwendung kamen homoio- und besonders autoplastisch transplantierte freie Stücke von Peritoneum parietale, Netz und Fettgewebe, sowie freie und gestielte Fascienlappen; auch wurden verschiedenartige Läsionen der Hirnoberfläche gesetzt. Verf. findet die Fascie in jeder Hinsicht den anderen Materialien überlegen. Leichte Beschaffbarkeit, mechanische und biologische Resistenz, geringe Reizwirkung auf die benachbarten Gewebe sind ihre wesentlichsten Vorzüge. Bezüglich des weiteren Verhaltens der Peritoneal-, Netz- und Fettlappen ergibt sich aus den histologischen Untersuchungen des Verf. einerseits, daß dieselben wohl nie völlig unverändert einheilen; andererseits muß die Frage, wieviel von ihnen erhalten bleibt, offen gelassen werden, weil es von einem gewissen Zeitpunkt lebhafter Infiltration und Bindegewebswucherung an unmöglich wurde zu entscheiden, ob das an Stelle des Transplantats angetroffene Gewebe diesem selbst angehörte oder der Umgebung entstammte. Die Fascienlappen hingegen kehrten nach kurzdauernder seröser Imbibition und kleinzelliger Infiltration zu ihrem früheren Aussehen zurück und behielten dasselbe während der ganzen Beobachtungszeit durch den Verf. (180 Tage) bei. Zweifelhaft ist nur die Einheilung der äußersten, mit der Fascie transplantierten Bindegewebsschichten, deren Struktur in dem umgebenden Granulationsgewebe untergeht.

Fieber (Wien).

Pfeifer, B.: Experimentelle Untersuchungen über die Funktion des Thalamus opticus. (*Laborat. Sir Victor Horsleys f. exp. Neurol., univ. coll., London.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3/6 (Festschr. d. Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf z. 25jähr. Bestehen), S. 206—215. 1914.

Er arbeitet nach Horsly und Clarkes Methode. Verschiedene Teile des Thalamus

und der Vierhügel wurden mit dem Pole einer bipolaren Nadel meist faradisch gereiht, dann mit dem galvanischem Strom elektrolytisch gestört. Diese Experimente wurden an 45 Tieren (10 Rhesus-Affen und 35 Katzen) ausgeführt, die Reizungen und Läsionen wurden stets an der linken Thalamushälfte gesetzt; in 19 Fällen war die Läsion auf den Thalamus beschränkt.

Die Untersuchungen bestätigten die Annahme Bechterews, daß der mediale Thalamuskern ein Zentrum für Pupillenerweiterung bildet, häufig mit Lidspaltenerweiterung einhergeht und somit wahrscheinlich mit dem Sympathicus in Beziehung steht. In 4 Fällen wurde Pupillenverengerung beobachtet, in diesem saß die Läsion im kaudal-dorsalen Teil des lateralen und medialen Kerns. Augapfelbewegungen im Sinne einer konjugierten Deviation nach der entgegengesetzten Seite waren unweit davon aufgetreten, wo Pulvinar und hinterer Teil des lateralen Thalamuskerns betroffen wurde. Laufbewegungen wurden besonders in einem Falle deutlich beobachtet, wo die Läsion den hinteren Teil des Thalamus besonders die mediale Partie des Pulvinars sowie die kaudalen, aneinandergrenzenden Anteile des medialen, lateralen und ventralen Kerns betraf. Er glaubt, es handele sich hierbei um reflektorische Bewegungen, deren zentripetale Bahn die Schleifenfasern, die zentrifugale aber die thalamorabralen resp. thalamospinalen Fasern bilden. Haltungsanoma lien des Kopfes und Kaubewegungen wurden bei Tieren beobachtet, wo außer dem Thalamus auch die Regio subthalamica von der Läsion betroffen war. Veränderungen der Atmung, der Harn- und Kotabsonderung wurden, wie von Bechterew beschrieben, bei auf den Thalamus beschränkten Läsionen nicht beobachtet, ebensowenig Phonation, Ausdrucksbewegungen des Gesichts, wobei jedoch in Betracht zu ziehen ist, daß die Operationen in tiefer Narkose ausgeführt wurden und daher Bewegungen, welche auf eine starke Schmerzempfindung zurückgeführt werden können, ausgeschaltet werden konnten. Die Tiere wurden etwa 14 Tage am Leben gehalten. Die Ausfallserscheinungen betreffend wurden niemals hemiopische Ausfallserscheinungen beobachtet, obwohl die Läsionen teilweise recht ausgiebig waren und sich in 2 Fällen auch auf das Pulvinar erstreckten, auch halbseitige Sensibilitätsstörungen fanden sich bei Tieren, wo die Läsion auf den Thalamus beschränkt war, nicht nur bei solchen, wo die Läsion auch den Hypothalamus, die Regio subthalamica betraf, wo also das Schleifenfeld selbst oder die Einstrahlungssonde der Schleife in ausgiebiger Weise zerstört wurde. Hemiplegien, choreatische Bewegungen wurden nicht beobachtet, Zwangshaltungen und Reitbahnbewegungen nur bei 2 Tieren, wo die Läsion außer dem ventral-caudalen Teil des ventralen Thalamuskerns einmal auch die Pars reticularis des innern Kniehöckers, das anderemal die Regio subthalamica bis zum lateralen Rand des roten Kerns zerstörte. Der Thalamus hat also wenigstens in seinem caudal-ventralen Gebiete Beziehungen zur Sensibilität, ist aber keineswegs ein rein sensibles Organ. Vielmehr schließt sich Verf. der Ansicht von Monakow, Probst, Collier und Bürchard an, daß dem Sehhügel eine selbständige, von der Großhirnrinde unabhängige Bedeutung für gewisse Bewegungen zukommt, es handelt sich hier hauptsächlich um gewisse reflektorische Bewegungen wie z. B. der Pupillen und gewissen mehr automatischen Bewegungen, welche das Gleichgewicht, die Orientierung im Raum beim Gehen und Stehen vermitteln, ferner als Angriff- und Abwehrbewegungen bezeichnet werden müssen. *Pólya* (Budapest).

Sarbó, Arthur v.: Ein diagnostizierter und operativ (Trepanation und Balkenstich) geheilter Fall von Hydrocephalus internus acquisitus. (*Franz-Josef-Spit., Budapest.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig. Bd. **24**, Nr. 4, S. 426 bis 436. 1914.

Beschreibung eines Falles mit differentialdiagnostischen Bemerkungen. Tumor wurde, da Perioden vollkommener Symptomlosigkeit vorkamen, ausgeschlossen. Verf. glaubt auf Grund dieses Falles aussprechen zu dürfen, daß der Brunssche Satz, wonach eine sichere Unterscheidung des Hydrocephalus acquisitus vom Tumor fast nie möglich wäre, nicht mehr zu Recht besteht. In den ersten Tagen nach dem Balkenstich wurden meningitische Reizerscheinungen beobachtet. Diese werden aus der serösen Imbibition der weichen Hirnhaut infolge der herausfließenden Liquors erklärt. *Pólya* (Budapest).

Maier, Max: Erfahrungen über den otitischen Hirnabsceß. (*Klin. f. Ohren- u. Kehlkopfkrankh., Straßburg i. E.*) Arch. f. Ohrenheilk. Bd. **95**, H. 3/4, S. 163 bis 238. 1914.

Es werden über 38 Hirnabscesse berichtet, hiervon 23 Groß- und 15 Kleinhirnabscesse. Von den Großhirnabscessen heilten 9 (39,12%), starben 14 (60,07%), von den Kleinhirnabscessen heilten 3 (20%), starben 12 (80%). Operiert wurde in 30 Fällen mit 12 Heilungen (40%), und zwar bei 21 Großhirnabscessen mit 9 Heilungen (42, 89%) und 9 Kleinhirnabscessen mit 3 Heilungen (33,30%). Nach Hinzufügung der Statistik von Schniegelow, Körner, Henke, Hegener ergeben sich 114 Fälle von Hirnabscessen, von denen wurden nur 30 geheilt (26,31%) M. W. wurde in 37 Fällen der Absceß nicht aufgesucht, resp. nicht aufgefunden, in 77 wurde der Absceß entleert, trotzdem starben von diesen 47. Die Einzelheiten der genau mitgeteilten und analysierten Fälle sind im Originale nachzusehen. *Pólya* (Budapest).

Hamill, Philip: The operation of decompression of the brain in cases of cerebral haemorrhage. (Trepanation in Fällen von Gehirnblutung.) Clin. journ. Bd. **43**, Nr. 27, S. 430—432. 1914.

Aus Tierexperimenten und dem Studium der Literatur glaubt Verf. die Berechtigung herzuleiten, bei Hirnblutungen die Trepanation zu empfehlen. Gleichgültig aus welcher Ursache die Blutung entstanden ist, ob Ruptur, Thrombose, Embolie oder Verletzung, entsteht der folgende Hirndruck durch das Ödem um die blutende Stelle. Die Gefahr des Eingriffs ist nicht groß, sondern klein im Verhältnis zu dem ernsten Zustand des Patienten. Wenn möglich, soll man auch versuchen, die Blutgerinnsel zu entfernen. *Gelinsky* (Berlin-Halensee).

Eichhorst, Hermann: Über latenten Meningealkrebs. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **115**, H. 5/6, S. 491—506. 1914.

Es gibt an den Rückenmarkshäuten Neubildungen, welche sich dem unbewaffneten Auge durch keine Geschwulstbildung verraten. Höchstens fallen die betroffenen Stellen durch leichte Trübung auf. Erst eine mikroskopische Untersuchung gibt die Möglichkeit, die Neubildung zu erkennen. Somit besteht die Gefahr, sie ohne solche zu übersehen und die Krankheit zu den unaufgeklärt gebliebenen Rückenmarkserkrankungen zu rechnen.

Als Beispiel für eine solche anatomisch latente Neubildung der Rückenmarkshäute wird ein Fall näher beschrieben, der zuerst durch unbestimmte nervöse Beschwerden ausgezeichnet war. Allmählich entwickelte sich das Bild einer mit Muskelkontrakturen verbundenen Lähmung der Beine mit geringen sensiblen Störungen. Bei der Autopsie fand man makroskopisch keine Veränderungen am Rückenmark, welche die Lähmung hätten erklären können, die mikroskopische Untersuchung dagegen ergab eine ausgedehnte Krebsbildung in der Pia mater spinalis. *Konjetzny* (Kiel).

De Beule, Fritz: Essais d'intervention chirurgicale chez des enfants hydrocéphales. (Versuche mit chirurgischer Behandlung hydrocephalischer Kinder.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **14**, Nr. 1/2, S. 31—35. 1914.

Ein Fall wurde mit lumbaler subcutaner Ableitung der Cerebrospinalflüssigkeit behandelt. Der Erfolg scheiterte hauptsächlich an der Infektion der mangelhaft resorbierten subcutanen Flüssigkeitsansammlung. Bei einem zweiten Fall drainierte der Verf. in die Bauchhöhle. Derselbe blieb unbeeinflußt. In Zukunft würde der Verf. die innere Drainage nach Payr, Ableitung in den Sinus long., versuchen. *Hans Brun* (Luzerd).

Ringel: Über den Anton v. Bramannschen Balkenstich. (*Vereinshosp. v. Roten Kreuz, Hamburg.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 41—49. 1914.

Ohne jeglichen günstigen Einfluß blieb der Balkenstich in einem Falle von Hirntumor, während in 4 Fällen von Hydrocephalus ein mehr oder weniger großer, aber deutlicher Erfolg zu sehen war. Weil der Balkenstich eine einfache und ungefährliche Operation ist, sollte man ihn in Fällen von Hydrocephalus und bei Hirntumoren, bei denen eine größere Ansammlung von Flüssigkeit in den Ventrikeln vermutet wird, ausführen und erst beim Versagen desselben zu den eingreifenderen Operationen seine Zuflucht nehmen. Bei Hirntumoren scheint übrigens die Palliativtrepanation in den Fällen, in welchen der Balkenstich versagt, auch erfolglos zu sein. *Kindl* (Kladno).

Trépanation tardive pour coup de feu. Lésions étendues du pli courbe avec cécité verbale. Guérison complète au bout d'un an. (Spätere Trepanation nach Kopfschuß. Ausgebreitete Verletzung des Girus angularis mit Seelenblindheit. Vollständige Genesung nach einem Jahre.) Caducée Jg. 14, Nr. 9, S. 122—123. 1914.

Fünfzehn Tage nach der Schußverletzung bildete sich ein großer Bluterguß vor und über dem linken äußeren Gehörgang. Nach 20 Tagen komaähnlicher Zustand. Kopfschmerzen, erweiterte Pupillen. Augenbewegungen und Sehen vollständig. Später steigender Kniereflex, eingezogener Bauch, Kernig positiv. Das Projektil wurde durch Operation entfernt, wobei sich Eiter entleerte. Nach 15 Tagen ist die Temperatur 35°, der Puls 40. — Später Besserung, doch bekam Patient Seelenblindheit, welche nach einem Jahre aufhörte.

v. Bakay (Pressburg).

Hypophyse:

Bertolotti, Mario: Polydactylie et tératome hypophysaire. Contribution à l'étude des influences morphogénétiques des glandes à sécrétion interne sur l'organogénèse. (Polydaktylie und Teratom der Hypophyse. Beitrag zum Studium der morphogenetischen Einflüsse von Drüsen mit innerer Sekretion auf die Organogenese.) Nouv. iconogr. de la salpêtr. Jg. 7, Nr. 1, S. 11—31. 1914.

39jährige Patientin, erblich in keiner Weise belastet. Von Kindheit an Blindheit und Adiposität. Ausgesprochene adipöse Dystrophie. Mikrocephalie und Mikromalie. Besonderes Zurückbleiben im Wachstum der distalen Knochen. Überzählige Finger und Zehen. Fehlen der sekundären Geschlechtsmerkmale. Hypothermie und Pulsverlangsamung. Opticusatrophie. Röntgenologischer Nachweis eines Tumors in der Hypophysengegend. Im Anschluß an diesen Fall Mitteilung weiterer Beziehungen zwischen Knochenwachstum und innerer Sekretion.

Wolfsohn (Berlin).

Eason, H. L.: A case of tumour of the pituitary body. Clinical lecture. (Ein Fall von Hypophysentumor.) Guy's hosp. gaz. Bd. 28, Nr. 678, S. 227—232. 1914.

3 Jahre hindurch beobachtet: Erkrankung ziemlich plötzlich mit 25 Jahren an Kopfschmerzen und Sehstörungen. Völlige bilaterale Hemianopsie, beide Papillen etwas blaß. Trockene Haut, spärliche Behaarung, besonders an den Genitalien. Macht den Eindruck eines 16jährigen Jungen, körperlich und geistig unterentwickelt, sehr schläfrig. Wassermann positiv. Sella tuncica im Röntgenbild erweitert. Verlauf 2 Jahre stationär. Antiluetische Behandlung ohne Einfluß; ebenso Schilddrüsenextrakt. Auf Hypophysenextrakt Besserung der Kopfschmerzen. Dann plötzlich Verschlechterung, Exitus. Antopsie ergab ein großes Adenom des Vorderlappens, das das Chiasma umwachsen hat. Der Rand des Tumors macht einen malignen Eindruck (Infiltration der Kapsel-Lymphgefäße). Keine Thymus. Degeneration der unteren und äußeren Fasern im Tractus opticus bis zu den Corpora geniculata und zum Thalamus opticus; darüber hinaus keine Degeneration mehr; hier endet also das periphere Neuron der Sehbahn. Auch die Verbindungsfasern zum Kern des N. oculomotorius (Pupillenreflexbahn) waren nicht degeneriert. Die Autopsie zeigte, daß eine Entfernung des Tumors unmöglich gewesen wäre; da die Hirndrucksymptome nur gering waren und das Sehvermögen bis zuletzt noch leidlich war, lag keine Indikation zur Operation vor. *Tölken* (Zwickau).

Fearnsides, E. G.: Diseases of the pituitary gland and their effect on the shape of the sella turcica. (Erkrankungen der Hypophyse und ihr Einfluß auf das Röntgenbild der Sella turcica.) Lancet Bd. 187, Nr. 1, S. 16—23. 1914.

Mitteilung von 12 Fällen, die in 7 Monaten im London-Hospital beobachtet worden sind. 3 Akromegalie, 3 Dystrophia adiposogenitalis, 1 Opticusatrophie und Glykosurie, 1 Opticusatrophie ohne jede andere Störung, 1 Hydrocephalus und Subpituitarismus, 2 Dyspituitarismus und „der Puddinggesicht-Typ". Genaue Schilderung der Fälle und Abdruck der nicht sehr deutlichen Röntgenbilder. Ist im Röntgenbild die Distanz der Proc. clinoidei mehr als 15 mm und der Durchmesser der Höhlung der Sella turcica mehr als 10 mm, dann besteht eine pathologische Erweiterung. *Gelinsky* (Berlin-Halensee).

Johnson, W.: A pathological investigation of four cases of pituitary tumour. (Pathologisch-anatomische Untersuchung von vier Hypophysisfällen.) (*Guy's hosp., London.*) Lancet Bd. 187, Nr. 1, S. 24—28. 1914.

Fall 1 zeigte einen großen Hypophysistumor von Kindesfaustgröße mit starker Verdrängung der anliegenden Hirnteile und Nerven, mikroskopisch ein malignes Epitheliom (?). Klinisch bestand Hemianopsie, Akromegalie und trotz seiner 27 Jahre sehr kindliches Aussehen, bartloses Gesicht und keine Schamhaare. Ähnlich lagen die Verhältnisse bei den 3 anderen Fällen, 2 Männern und 1 Frau im Alter 28, 27 und 46 Jahren. *Gelinsky* (Berlin-Halensee).

Auge:

Thibert: Blépharoptose traumatique complète et bilatérale guérie par l'opération de Motais. (Vollständige, doppelseitige Blepharoptosis durch die Motaissche Operation geheilt.) Ophtalmol. prov. Jg. **11**, Nr. 5, S. 65—68. 1914.

17jähriger Arbeiter hatte durch eine Maschinenverletzung eine Zertrümmerung der Nasenwurzel mit Abschälung der Weichteile (sowohl Stirnlappen wie die Gegend der Augenbrauen) erlitten. Nachdem er sich von den gröbsten Verletzungen erholt hatte, d. h. nach ca. 3 Monaten, konstatierte man, daß die beiden Oberlider vollständig ptotisch waren, und zwar bedeckten sie beidseitig das Unterlid vollkommen. Da an beiden Augen der Visus normal war, wurde der Versuch am rechten Auge gemacht durch die Motaissche Operation die Ptosis zu heben. (Aus der Sehne des M. rectus sup., und zwar aus seinem mittleren Drittel, wird eine freie Zunge gebildet, deren freies Ende an den oberen Rand und die vordere Fläche des Tarsus angenäht wird.) Die Operation ergab ein so gutes funktionelles und kosmetisches Resultat, daß nach einigen Wochen der gleiche Eingriff auch am anderen Auge vorgenommen wurde; und zwar mit gleich vorzüglichem Resultat. *Dumont.*

Magitot, G.: Greffes épidermiques orbitaires devant permettre, dans les cas de symblépharons, le port d'un œil artificiel. (Epidermisschollen in die Augenhöhle eingepflanzt, um bei Symblepharon das Tragen eines künstlichen Auges zu ermöglichen.) Rev. de thérap. méd.-chirurg. Jg. **81**, Nr. 12, S. 406—408. 1914.

Die Operation ist einerseits für solche Fälle von Evisceratio orbitae bestimmt, in denen die Lider ganz oder teilweise miteinander verwachsen sind, andererseits bei Symblepharon mit geschrumpftem oder völlig fehlendem Bindehautsack, so daß das Tragen einer Prothese unmöglich ist. Der mindestens 6 : 5 cm messende Thierssche Lappen wird in Ringerscher Lösung ausgebreitet und mit seiner Epidermisoberfläche auf eine mandelförmige Metallschale gelegt. Diese wird zwischen die Lider geschoben, die vorher ausgiebig getrennt sind und eine Lidnaht angeschlossen. Mehrere Monate später kann eine Prothese eingeführt werden.
Meissner (Berlin).

Werner, Friedrich: Über symmetrische Gummibildung der Orbita. (*Univ.-Augenklin., Jena.*) Samml. wiss. Arb. H. **12**, S. 5—28. 1913.

Die Syphilis der Orbita bietet ein vielseitiges und wechselvolles Bild; sie ist schwer zu diagnostizieren; wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose gab Birch-Hirschfeld. Das anatomisch untersuchte Material ist spärlich.

Werner berichtet über einen in Jena beobachteten Fall von zunächst einseitiger Tumorbildung am unteren Orbitalrand. Sonstiger Befund normal, speziell keine Zeichen für Lues, Anamnese unverdächtig. Diagnose Fibrosarkom, operative Entfernung leicht ausführbar, glatte Heilung. Hinterher ergab sich positiver Wassermann und das Mikroskop zeigte eine entzündliche Granulationsgeschwulst. Bei Wiederaufnahme 7 Monate später fand sich am anderen Auge eine Schwellung beider Lider und Periostitis. Viermalige Salvarsaninjektion innerhalb eines Monats ergab prompte Heilung. Anschließend werden zwei Fälle aus der Literatur (von Walter und von Goldzieher) eingehend besprochen, die als maligne Tumoren aufgefaßt wurden und ad exitum kamen. Auch die mikroskopische Untersuchung excidierter Gewebsteile hat nicht immer zur richtigen Diagnose geführt. *Kirsch* (Berlin).

Nase:

Zumhasch, A.: Zur Kenntnis der Stirnhöhlenosteome. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Med. Klinik Jg. **10**, Nr. 25, S. 1055—1056. 1914.

Zumhasch teilt einen in der Frangenheimschen Klinik beobachteten, operierten und geheilten Fall von Stirnhöhlenosteom mit. 23 Jahre alter Kranker hatte im 8. Lebensjahr ein Trauma des rechten Subraorbitalrandes erlitten; an derselben Stelle bildete sich vor Jahresfrist eine Vorwölbung, die sich unter zunehmenden subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Sehstörungen) vergrößerte. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tumor der Stirnhöhle mit Vordringen gegen die Augenhöhle wurde durch die Röntgenaufnahme gesichert und gleichzeitig durch letztere der genaue Sitz des Tumors bestimmt. Die 6 : $3^1/_2$: $2^1/_2$ cm messende, mit dem Orbitaldach gestielt verbundene Geschwulst ließ sich durch temporäre Aufklappung der vorderen Stirnhöhlenwand leicht entfernen. Wegen bestehenden Eympyems Drainage durch die Nase. Der günstige Verlauf des Falles, welcher sich den in den letzten Jahren auf ähnliche Weise erzielten Erfolgen würdig anreiht, spricht unbedingt für die Radikaloperation der Stirnhöhlenosteome und zeigt, daß ein sachgemäßes Vorgehen bei Intaktsein der hinteren Stirnhöhlenwand und der Dura, die Gefahren der Meningitis auf ein Minimum reduziert. *Rehn* (Jena).

Wick: Gundu in Neu-Guinea. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. Bd. **18**, H. 12, S. 403—407. 1914.

Erster Fall, der in Neu-Guinea beobachtet wird; 20jähriger Eingeborener; Beginn im

frühesten Kindesalter mit runden Anschwellungen zu beiden Seiten der Nase. Mehrjähriger Stillstand, dann vermehrtes Wachstum, dann wieder Stillstand. Konsistenz des Tumors hartelastisch, gumma-ähnlich. Nasenschleimhaut in den hinteren Teilen polypös entartet. Zeichen von Lues und Framboesie bestehen nicht. Neosalvarsan- und Fibrolysin-Einspritzungen bleiben ohne Erfolg. *zur Verth* (Kiel).

Ohr:

Falgar: Indications et techniques de la labyrinthectomie. (Indikationen und Technik der Labyrinthektomie.) Arch. internat. de laryngol., d'otot. et de rhinol. Bd. **37**, Nr. 1, S. 98—108. 1914.

Bei akuten Labyrinthaffektionen schreitet man sofort zur breiten Eröffnung des Mittelohrs und erzielt dadurch meist ein Schwinden der Labyrinthsymptome. Bei den chronischen Pyolabyrinthiten muß stets eine Trepanation des Labyrinths vorgenommen werden, sofern es sich nicht um Tuberkulose handelt. Was die Operationsmethoden betrifft, so kann man sie einteilen: 1. in Methoden, die das Labyrinth von hinten eröffnen (Jansen-Neumann), 2. in Methoden, die den Krankheitsherd durch das Labyrinth hindurch angreifen, vermittels Trepanation des Promontoriums und des horizontalen Bogengangs (Hinsberg, Botey und Bourguet), und 3. in kombinierte Methoden (Frey-Hammerschlag, Hautant und Ruttin). Bei 10 eigenen Fällen hat Verf. je nach dem Sitz der Erkrankung die verschiedensten Methoden in Anwendung gebracht, bei komplizierten Fällen ist die Methode Jansen-Neumann die leistungsfähigste. *Ströbel* (Marktredwitz).

Mund:

Carmody, Thomas E.: Fracture of the jaws. (Brüche des Unterkiefers.) Milit. surg. Bd. **34**, Nr. 6, S. 542 bis 552. 1914.

Am häufigsten sind die Brüche in der Gegend des Foramen mentale, der Häufigkeit nach geordnet kommen weiterhin als Bruchstellen der Kieferwinkel, der Hals, der Körper, die Symphyse, der Processus coronoideus. Von den zahlreichen Behandlungsmethoden (einschließlich der Modifikationen 220!) hebt Verf. hervor: Die Zahnschiene nach Heath und nach Guming, dann die Methode von Angle und von Gilmer, deren Prinzip darin besteht, daß die der Fraktur benachbarten Zähne mit darüberliegenden Zähnen des Oberkiefers mittels Silberdraht verbunden worden. In manchen Fällen genügen einfache Verbände, um Heilung in guter Stellung zu erzielen. *Riedl* (Portorose b. Triest).

Hesse: Zur Therapie palatinal gewachsener Oberkiefercysten. Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **32**, H. 6, S. 407—413. 1914.

Bei palatinal gewachsenen, großen vereiterten Oberkiefercysten, bei denen die faciale Knochenwand intakt und das Gebiß gut erhalten ist, führt Verf. nach Extraktion der erkrankten Zahnwurzel einen Bogenschnitt konvex der Zahnreihe auf dem Gaumen, präpariert das Zahnfleisch von der Cystenwand ab, kratzt letztere mit dem scharfen Löffel aus und vernäht sofort den bogenförmigen Schleimhautlappen primär. *Herda* (Berlin).

Murphy, John B.: Arthroplasty for intra-articular bony and fibrous ankylosis of temporo-mandibular articulation. Report of nine cases. (Gelenkplastik bei knöcherner und fibröser Ankylose des Kiefergelenks. Bericht von 9 Fällen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 23, S. 1783—1794. 1914.

Schwierig ist die Feststellung, welches Gelenk ankylosiert ist, die objektiven Untersuchungsmerkmale sind sicherer als die anamnestischen. Das Gesicht auf der ankylosierten Seite ist voll und rund und anscheinend normal im Aussehen, während die gesunde Seite abgeflacht ist. Beim Versuch, den Mund zu öffnen, weicht das Kinn nach der ankylosierten Seite ab. Alle neun Operationen wurden gleichmäßig ausgeführt: gestielte Lappenplastik von der Temporalaponeurose. Murphy hat ein eigenes Instrumentarium, besonders praktisch ist das Elevatorium, das gleichzeitig dazu dient, das Operationsfeld offen zu halten. Nachbehandlung erfolgt mit einem Holzkeil. Die Resultate waren gute. *Gelinsky* (Berlin-Halensee).

Zilz, Juljan: Hämatogene Pneumokokkenostitis des Oberkiefers. Österr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jg. **30**, H. 2, S. 145—163. 1914.

Hagemann, Richard: Eine zweckmäßige Modifikation des Heftpflasterverbandes bei Hasenschartenoperationen. (*Chirurg. Klin., Univ. Marburg a. L.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 21, S. 884—885. 1914.

Es handelt sich um einen Verband nach Art des Schmetterlings- oder Bartbindenverbandes.

Der dazu verwandte Leukoplaststreifen wird bartbindenartig der Größe des Gesichts entsprechend zugeschnitten, wird aber nicht über die Oberlippe bzw. Nahtlinie, sondern unterhalb der Oberlippe über die Mundöffnung geführt. Während des Anlegens, unmittelbar nach der Operation, läßt man sich die Wangen zusammendrücken und legt die auf die Wangen zu liegen kommenden Abschnitte des Pflasters in einer leicht von oben außen nach dem Mundwinkel zu gehenden Richtung an, so daß kein rein seitlicher Zug zustandekommt. So wird, während die Nahtlinie selbst frei bleibt, eine vollkommene Entspannung derselben und eine fast absolute Ruhigstellung der Oberlippe, auch beim Schreien, erreicht. *Stettiner* (Berlin).

Wirbelsäule:

Packard, George B.: Recumbency in the treatment of Pott's disease. (Rückenlage in der Behandlung des Malum Potti.) Americ. journal of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 3, S. 400—403. 1914.

Verf. weist erneut auf die Wichtigkeit der Rückenlagerung von Spondylitiskranken hin, da man noch immer viele derselben mit schweren Buckelbildungen zu sehen bekommt. Verf. hofft zwar, daß durch die neuen operativen Methoden ein Erfolg rascher erzielt und eine Deformität verhütet werden kann. Bis jedoch diese Tatsache sicher erwiesen ist, ist die beste Entlastung für die Wirbelsäule die Rückenlagerung. Während der Bettruhe, die möglichst auch im Freien durchgeführt werden soll, ist tägliche Massage notwendig. In den meisten Fällen ist die Behandlung 1—$1^1/_2$ Jahr durchzuführen, dann erst ist Aufstehen mit portativen Apparaten erlaubt. Exakte Durchführung dieser Behandlung ist natürlich nur in Anstalten möglich, Verf. ist aber überzeugt, daß auf diese Weise jede Deformität verhütet und vorhandene soweit sie noch nicht ankylosiert sind, gebessert werden können. *Baisch.*

McClure, Chas. R.: Sacroiliac traumatisms. (Verletzungen des Ileosakralgelenkes.) Northwest med. Bd. **6**, Nr. 6, S. 155—159. 1914.

Verf. bespricht die verschiedenen Verletzungformen des Ileosakralgelenkes, die er in Verrenkungen, resp. Verstauchungen (Distorsionen), Luxationen und Zerrungen (Kontusionen) einteilt. Für jede der verschiedenen Formen führt er ganz im allgemeinen Beispiele an, ohne daß er sowohl für die Diagnose wie für die Therapie etwas Neues bringt. *Creite* (Göttingen).

Vulpius, Oskar: Knochenplastik nach Laminektomie. (*Prof. Dr. Vulpiussche orthop.-chirurg. Klin., Heidelberg.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 26, S. 1110 bis 1111. 1914.

Da nach Laminektomien nachträglich Deformitäten der Wirbelsäule beobachtet worden sind, hat Vulpius versucht, ermuntert durch die guten Resultate der Albeeschen Operation, den durch die Laminektomie entstandenen Defekt mittels eines der Tibia entnommenen freitransplantierten Periostknochenspanes zu überbrücken. In einem so operiertem Fall war der Erfolg sehr gut, so daß V. in jedem Fall von Laminektomie künftig den Defekt auf diese Weise ausfüllen will. *von Tappeiner* (Greifswald).

Scheuermann, H.: Die Behandlung der Skoliose mit redressierendem Gipsverband. Bibliothek for Læger Jg. **106**, S. 179—198. 1914. (Dänisch.)

Anatomische Untersuchungen lehren, daß die Wirbelkörper bei Seitenbewegungen der Wirbelsäule unter allen Umständen nach der Konkavität rotieren. Trotzdem ist es eine Tatsache, daß bei der Skoliose, d. h. der pathologischen Seitenkrümmung, eine Rotation in der entgegengesetzten Richtung besteht. Nach Lovetts Untersuchungen, die außerdem auf lebenden Modelle basieren, heißt es: Bei Seitenbeugung von aufrechter oder von lordotischer Stellung erfahren die Wirbelkörper eine Rotation nach der Konkavität, von nach vorne gebeugter (kyphotischer) Stellung dagegen nach der Konvexität. Auf diesen Auseinanderseztungen Lovetts ruht hauptsächlich die Abbottsche Behandlung. Um zu entscheiden, ob diese rationell begründet ist und um zwischen dem anatomischen und klinischen Dogma zu urteilen, hat Verf. eine Serie Röntgenaufnahmen am lebenden Menschen in verschiedenen Körperstellungen vorgenommen.

Er hat dadurch gefunden, daß die Wirbelkörper bei Seitenbeugung sowohl von liegender, stehender als auch von nach vorne gebeugter Stellung nach der Konvexität drehen, gerade in der letzten Stellung ist die Drehung ausgesprochen. Die Abbottsche Behandlung steht daher prinzipiell zu Recht. Eine Mobilisation mittelst gymnastischen und Kriechübungen eine Zeit voraus ist zu empfehlen; die starre Kyphoskoliose läßt sich nicht beeinflussen.

Aage Kock (Kopenhagen).

Sever, James Warren: A report of the scoliosis clinic of the children's hospital, Boston. (Bericht über die Tätigkeit der Skoliosenklinik des Kinderhospitals in Boston.) New York med. journ. Bd. 99, Nr. 25, S. 1217—1225. 1914.

Statistik über 1090 im letzten Jahrzehnt behandelte Fälle mit kurzer Skizzierung der im wesentlichen angewandten Behandlungsmethoden. *Jüngling* (Tübingen).

Davis, Gwilym G.: Lumbosacral pains from an orthopedic standpoint. (Lumbosakralschmerzen vom orthopädischen Standpunkt.) Therap. gaz. Bd. 30, Nr. 6, S. 381 bis 384. 1914.

Unbestimmte Schmerzen am Rücken oder tiefer in der Sakralgegend, die man früher vielfach als Rheumatismus, bisweilen als Lumbago oder als den Ausdruck von Erkrankungen der Beckenorgane gedeutet hat, haben seit den Untersuchungen von Goldwaith und Osgood mehr Beachtung gefunden. Und wenn man sich auch nicht ganz der Ansicht dieser Autoren anschließen und eine Lockerung, Zerrung oder gar eine Luxation des genannten Gelenks annehmen kann, so muß man doch diese nicht gerade seltenen Beschwerden bezüglich ihres Ursprunges etwas eingehender untersuchen. Das Röntgenbild bietet wenig oder nichts Charakteristisches. Die häufigen Varietäten in dem Verhalten des 5. Lendenwirbels zum Kreuzbein können vielleicht eine Ursache für die bedeutungsvollere Einwirkung auch geringerer Traumen abgeben. In anderen Fällen wird auch das Röntgenbild normale Verhältnisse zeigen und nur bei Bewegungen in der Lendenkreuzgegend ein Knacken fühl- und hörbar sein. Ist ein Trauma nicht die Ursache der Schmerzen, so wird sich doch öfter aus der Anamnese ergeben, daß der Pat. schon früher an rheumatischen oder gichtischen Beschwerden in anderen Gelenken oder anderen Stellen des Körpers gelitten hat. Dementsprechend soll die Therapie eine allgemeine und eine lokale sein. Verdauungs- resp. Obstipationsbeschwerden müssen bekämpft werden. Wichtig ist eine gute festsitzende Bandage, welche das Becken eng umschließt und von den Darmbeinkämmen bis herab zu den Trochanteren reicht. Bisweilen ist der Druck einer flachen Pelotte auf das Kreuzbein sehr angenehm. Diese Behandlung schafft in vielen Fällen sehr befriedigende Resultate und erweist sich zweckmäßiger als Einreibungen und Massage. *Glaessner* (Berlin).

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

Jones, Robert: On infantile paralysis (acute anterior poliomyelitis), its early treatment and the surgical means for the alleviation of deformities. (Über Kinderlähmung [akute Poliomyelitis anterior], ihre frühzeitige Behandlung und die chirurgischen Mittel zur Vorbeugung der Deformitäten.) Brit. med. journ. Nr. 2787, S. 1165-1171. 1914.

Gleichbedeutend in Form wie in Inhalt bietet der von dem berühmten englischen Orthopäden gelegentlich der Jahresversammlung der medizinischen Gesellschaft in London gehaltene Vortrag eine vollständige Übersicht über die Möglichkeit der nach abgelaufener Poliomyelitis einsetzenden Behandlung. An die Spitze des Ganzen ist eine eingehende Besprechung der gesamten konservativen Therapie und all ihres Rüstzeuges gestellt. Die große Bedeutung ihres frühen Einsetzens wird nachdrücklichst betont. Als besonders wichtig werden in einem eigenen ausführlichen Absatz die Maßnahmen zur Verhütung der aus dem gestörten Muskelgleichgewicht sich ergebenden Deformitäten abgehandelt. Die zweite Hälfte des Vortrages ist dem operativen, korrigierenden Vorgehen bei ausgebildeten Fällen von Lähmung und Verbildung eingeräumt. Hier hat die Sehnenplastik den ihr gebührenden ersten Platz erhalten, ihre Indikation, Technik und Nachbehandlung werden ausführlich besprochen. Nach einer sehr geistreichen Besprechung der für Gelenkfixationen verschiedenen Grades angegebenen Verfahren kommt der Autor zum Schluß, der folgerichtig der idealsten und interessantesten aller Methoden: der Nervenplastik gewidmet ist. Gestützt auf reiche persönliche Erfahrung ebenso wie auf ausgebreiteteste Literaturkenntnis kann Verf. nicht nur einen umfassenden Überblick über das bisher auf diesem Gebiete Geleistete geben, sondern auch Winke und Ratschläge für weiteren Ausbau.

Spitzy (Wien).

Tietze, Alexander: Die Bedeutung der Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen. (*Allerheil.-Hosp., Breslau.*) Berl. klin. Woshenschr. Jg. **51**, Nr. 26, S. 1205—1210. 1914.

Nach einer einleitenden Bemerkung, daß Henle unabhängig von Albee das Verfahren der operativen Versteifung tuberkulöser Wirbelsäulen durch Einpflanzung einer Knochenspans ausgearbeitet habe, schildert Tietze kurz die klinischen Erscheinungen und die anatomischen Ursachen einer tuberkulösen spondylitischen Lähmung und bespricht dann seine therapeutischen Erfahrungen. Die Operation ist indiziert bei ausgedehnter streckenweiser Erkrankung der Wirbelsäule, rundem nicht spitzem Buckel, schnellem Fortschreiten der nervösen Erscheinungen, Übergang der sogenannten Reiz- in Lähmungserscheinungen, schließlich vor allem beim Versagen der Extensionsbehandlung. T. rät, den operativen Eingriff nur auf eine Fortnahme der Bögen zu beschränken, perimeningeale Granulationen nur hinten und vielleicht an den Seiten zu entfernen, aber sich vor einem Vordringen nach vorn, vor Auskratzen des Wirbelkörpers und Absceßeröffnung, sowie vor einer Tamponade zu hüten. Der Eingriff geschieht am besten in Lokalanästhesie. T. Operationsresultate sind folgende: Von 14 Fällen 3 gute Ergebnisse, denen 5 Todesfälle im Anschluß an die Operation und 5 vorübergehende Besserungen gegenüberstehen. 13 Krankengeschichten.

Wrede (Jena).

De Beule, F.: Deux cas d'opération de Foerster-Van Gehuchten pour maladie de Little. (Zwei Fälle von Operation nach Förster-Van Gehuchten wegen Littlescher Krankheit.) Journ. de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **22**, Nr. 3, S. 46—50. 1914.

Die Spasmen verschwanden bei dem einen Fall, der ziemlich ausgesprochen war, soweit, daß das Kind wieder zum Gehen kam, bei dem zweiten verschwanden sie vollständig. Der Babinskische Reflex blieb bei beiden erhalten, die Erhöhung der Sehnenreflexe nur in dem hochgradigeren Fall. Nachteilige Folgen wurden keine beobachtet. Hauptbedingung für das Gelingen ist strengste Asepsis. Beide Fälle heilten vollständig trocken aseptisch, die Dura war wasserdicht genäht worden. *Hans Brun* (Luzern).

Exner, A.: Die Vagotomie bei gastrischen Krisen. Verhandl. d. Ges. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, 85. Vers., Wien, Sept. 1913. Tl. **2**, H. 2, S. 418—419. 1914.

Exner teilt mit, daß er, veranlaßt durch den häufigen Befund organischer Veränderungen am Magen, seine Methode dahin geändert habe, daß er außer der Durchschneidung des Vagus wegen des ev. eintretenden Pyloruspasmus eine Gastroenterostomie in gewohnter Weise vorgenommen habe. So hat er 9 Fälle operiert ohne einen Todesfall. Bei annähernd gleichen Chancen quoad Erfolg hat seine Methode vor der Försterschen den Vorzug der bei weitem geringeren Mortalität. — Die Indikationen, wann die eine und wann die andere mit mehr Aussicht auf Erfolg versucht würde, sind noch nicht gefunden. *Ernst Schultze* (Berlin).

Camp, Carl D.: Two cases of paraplegia operation followed by improvement. (Zwei Fälle von Paraplegie, die durch Operation gebessert wurden.) Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. **13**, Nr. 6, S. 385—387. 1914.

Ein Fall von Meningitis serosa, ein zweiter von Meningitis haemorrhagica. wurden durch Laminektomie und Eröffnung der Dura wesentlich gebessert. Im ersten bestand vollkommene Lähmung der unteren Extremitäten, Blasenlähmung, gesteigerte Patellarreflexe, Fußklonus, Babinski positiv, Schmerzen und Atrophie im linken Arm und Hand und Atrophie des rechten Daumenballens; eröffnet wurde nach Fortnahme des 7. cervicalen und des 1. und 2. Brustdornes. Im anderen fand sich Paraplegie beider Beine, gesteigerte Reflexe, komplette Urinretention, Sensibilität für Berührung und Schmerz bis zum Nabel aufgehoben; eröffnet wurde hier die unter starkem Druck stehende Dura in Höhe des 6., 7., 8. Brustwirbels. Beide Patienten erlangten allmählich den Gebrauch ihrer Beine zurück, so daß sie mit Unterstützung gehen konnten.

Ernst Schultze (Berlin).

Hals.

Allgemeines:

Weber, F.: Über Vagusverletzungen bei Exstirpation von Halstumoren. St. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **39**, Nr. 11, S. 136—140. 1914.

5 Fälle von Vagusdurchschneidung resp. -schädigung im Verlaufe von Operationen

am Halse (1 mal tuberkulöse Lymphdrüsen, 1 mal Aneurysma der Carotis, 3 mal maligne Tumoren). Die schon früher bekannte Tatsache, daß eine glatte Durchschneidung des einen Vagus als eine ungefährliche Verletzung angesehen werden muß (hinterläßt nur halbseitige Stimmbandlähmung), während die Reizung eines Vagus (z. B. durch Ligatur oder Zerrung am Nerven) sehr schwere Erscheinungen hervorruft, wurde bestätigt. Feste Ligatur kommt der Durchschneidung gleich, nicht feste Ligatur oder Zug bedingt Pulsverlangsamung, Cheyne-Stokessche Atmung bis zum Aufhören der Atmung und zum Herzstillstand (1 mal Exitus durch Ligatur beobachtet). Bei den schweren Erscheinungen ist die Schädigung des zentripetalen Endes durch Reizung der in der Medulla oblongata gelegenen Hemmungszentren für die Herz- und Atemtätigkeit das Wirksame. Daher muß eine ev. Durchschneidung zuerst cerebralwärts ausgeführt werden.
Fromme (Göttingen).

Horsley, J. Shelton: Operations for malignant tumors of the neck. (Operationen bei bösartigen Geschwülsten des Halses.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 4, S. 81—83. 1914.

Verf. vertritt die Forderung, bei bösartigen Geschwülsten der Halsgegend sich nicht mit der einfachen Exstirpation der regionären Lymphdrüsen zu begnügen, sondern analog dem Vorgehen beim Mammacarcinom die Submaxillar- oder die seitliche Halsgegend radikal auszuräumen. Für letzteren Fall empfiehlt er nach dem Verfahren von Crile einen Hautschnitt über dem ganzen Sternocleidomastoideus zu machen, auf diesen an den Enden Querschnitte zu setzen und dann die Haut nach beiden Seiten aufzuklappen. Alsdann wird die Vena jugular. int. isoliert und doppelt unterbunden und mitsamt dem Muscul. sternocleidomastoideus, einem Teil des Muscul. omohyoideus ev. auch der Carotis externa exstirpiert, so daß nur die Carotis communis und der Nervus vagus stehenbleiben. In ähnlicher Weise verfährt er von einem dem Unterkiefer parallel laufenden Schnitt aus bei Tumoren in der Gegend der Mittellinie, indem er die Submaxillargegend ausräumt unter Mitnahme der Glandulae submaxillares, und zwar geht er von der Mittellinie aus nach beiden Seiten vor. Verf. verfügt über einige bis jetzt gute Ergebnisse, die aber noch nicht weit genug zurückliegen, um als Dauerheilungen gelten zu können. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Marx, Hugo, und E. Pfleger: Eine interessante Verletzung der Carotis interna. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 26, S. 1220. 1914.

Einer 34 Jahre alten Frau gingen bei einem Automobilunfall zwei Glassplitter in die rechte Halsseite und verursachten Gehirnblutungserscheinungen, welche eine Trepanation der rechten Arteria meningea media zweckmäßig erscheinen ließen. Negatives Resultat. Patientin starb 24 Stunden nach dem Unfall. Bei der Sektion wurde die rechte Carotis gänzlich durchschnitten gefunden und die rechte Gehirnhälfte war gänzlich blutleer, da die quer durchtrennte und durch die Glassplittr verstopfte Carotis das Gehirn nicht versorgen konnte. Es entstand infolge des Unfalles keine Blutung nach außen. *v. Lobmayer* (Budapest).

Kehlkopf und Luftröhre:

Engelbrecht, Harald v.: Über Altersveränderungen in den Knorpelringen der Trachea. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. **216**, H. 3 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. 25jähr. Bestehen), S. 331—339. 1914.

Es werden die Veränderungen in den Trachealknorpeln bei 20 Fällen von Leuten im Alter von 46—73 Jahren untersucht. Dabei wurde bei 14 Fett, bei 12 Verkalkungen und bei 18 „feinfasrige Zerklüftung" des Knorpels gefunden. Ein Zusammenhang zwischen Verfettung und feinfasriger Zerklüftung und Ablagerung von Kalksalzen in diesen Herden konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Es wäre denkbar, daß diese Herde dort entstehen, wo eine größere Zahl von Knorpelzellen zugrunde gegangen ist und später eine Ablagerung von Kalk dort erfolgt. Möglicherweise tritt aber die Zerklüftung als selbständiger Prozeß neben Verfettung und Verkalkung auf. Treten diese Veränderungen schon in früheren Lebensjahren auf,

so läßt sich leicht eine Abplattung im Sinne der Säbelscheidentrachea erklären, die erst vollkommen wird, wenn durch Ablagerung von Kalksalzen die Mitte des Bogens rigid und brüchig geworden ist. *Naegeli* (Zürich).

Albanus: Beitrag zur Technik der Behandlung von Carcinomen der oberen Luft- und Speisewege mit Radium- und Mesothoriumbestrahlungen. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Hamburg-Eppendorfer Krankenh.), S. 858—866. 1914.

Ein Carcinom, das in der Schleimhaut entstanden ist, bedarf, abgesehen von seiner besonderen Malignität, einer größeren Strahlenquelle, als ein Epidermiscarcinom. Man muß wohl annehmen, daß die Zellen des Ektoderms (Hautoberfläche) den Strahlen von Radium und Mesothorium gegenüber viel empfindlicher sind, als die Zellen des Entoderms (Schleimhäute der Luft- und Speisewege). Es gibt refraktäre Carcinome, die auf Radium- und Mesothoriumbestrahlung nicht oder unzulänglich reagieren. Die weichen Schleimhautcarcinome sind durch Anämisierung mit geeigneten Mitteln zu verkleinern, sind dann eher durchstrahlbar; außerdem wird Blut, das die Strahlen stark absorbiert, entfernt. Für Carcinome, die von der Epidermis aus das Schleimhautgebiet erreichen, sind Mengen von 10—30 mg Radium oder gleichwertige Mesothoriumpräparate notwendig, für primäre Schleimhautcarcinome Mengen von mindestens 50—100 mg. Mengen von über 200 mg sind wegen der oft nach langer Zeit eintretenden Gewebsschädigungen gefährlich. In allen Fällen sind die α-Strahlen (die einer oberflächlichen Ätzwirkung gleichkommen) auszuschalten. Die β-Strahlen reichen etwa 8 mm weit in die Tiefe, wirken ätzend und zerstören bei genügend langer Dauer das Gewebe. Darüber hinaus wirken die γ-Strahlen, die eigentlich harten Strahlen. Filter, um die β-Strahlen allein auszuschalten, sind aus 1—1,5 mm dickem Nickel oder Messing zu wählen. Filter, die γ-Strahlen allein durchlassen, können auch aus Blei, Platin oder Gold sein, erzeugen aber stärkere Sekundärstrahlungen. Die Sekundärstrahlung ist möglichst auszuschalten durch Abfangen mit Gummi und Gazelagen. Eine zu kleine Bestrahlung ruft bei Geschwulstzellen keine Zerstörung, sondern eher einen Anreiz zum Wachstum hervor. Das kann bei zu kleiner Dosierung, aber auch bei ausgedehnten Tumoren in den von der Strahlenquelle abgelegensten Teilen eintreten. Die Tiefe der Wirksamkeit der γ-Strahlen beträgt etwa $3^1/_2$ cm. Bei operablen Tumoren der Schleimhaut, auch bei ganz initialen, ist niemals der Strahlentherapie zuliebe von einer Operation abzusehen. Mit dem Messer ist zunächst alles Kranke fortzunehmen; dann allerdings bieten sich der Strahlentherapie zur Unschädlichmachung der Randkeime gute Aussichten. Inoperable Tumoren sind einer Bestrahlung in einem nicht geahnten Maße mit positivem Resultate zugänglich. *Boit* (Königsberg i. Pr.).

Schilddrüse:

Loewi, O., und O. Weselko: Über den Einfluß der Thyreoidektomie auf die Wärmestichreaktion bei Kaninchen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Graz.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. 28, Nr. 4, S. 197. 1914.

Boldyreff hatte gefunden, daß durch Schilddrüsenexstirpation bei Katzen und Hunden eine schwere Schädigung der Wärmeregulation eintrete. Bei Kaninchen fand sich nach Loewi und Weselko ein derartiger Einfluß nicht, dagegen war nach dem Wärmestich bei den thyreoektomierten Tieren stets ein Abfall der Temperatur zu beobachten, der ein relativ geringer Anstieg folgte (höchstens 1,3°). Es zeigte sich ferner, daß bei solchen Tieren die Zuckerspaltung des im Lockeschen Apparate durchströmten Herzens eine auffallend nieige ist, im Gegensatz zu normalen, durch den Wärmestich hyperthermischen Tieren.

Fleischmann (Berlin).

Capone, Giovanni: L'attività della glandola tiroide nell' occlusione dell' intestino. Ricerche sperimentali. (Die Wirkung der Glandula thyreoidea auf den Darm. Experimentelle Untersuchungen.) (*Istit. di patol. spec. chirurg., univ., Bologna.*) Gazz. internaz. di med., chirurg., ig. etc. Jg. **1914**, Nr. 21, S. 483—488. 1914.

An Hand von Experimenten kommt Capone zu dem Schluß, daß die Extrakte der Schilddrüse am wirksamsten waren bei der Neutralisation der intestinalen Gifte. Schilddrüsenexstirpation beim Hund erhöht die Giftwirkung der Faeces. *Naegeli* (Zürich).

Welborn, James Y.: The present status of goiter; diagnosis and treatment. (Augenblicklicher Stand der Lehre von der Diagnose und der Behandlung des Kropfes.) Lancet-clin. Bd. **111**, Nr. 25, S. 726—729. 1914.

Interne Behandlung soll stets erst versucht werden. Schlägt sie nicht an, so soll mit der Operation nicht bis zum Eintritt sekundärer Schädigungen gewartet werden. Akute Fälle sollen nie sofort operiert werden. Bei während der Gravidität sich steigerndem Basedow ist von Fall zu Fall zu entscheiden, ob zweckmäßiger die Schwangerschaft unterbrochen oder die Struma reseziert wird. *Ernst Schultze* (Berlin).

Pletnew, D. D.: Über den Basedowsyndrom, eintretend mit akuten infektiösen Thyreoiditiden und Strumitiden. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **80**, H. 3/4, S. 270 bis 283. 1914.

Mitteilung einer Reihe von Basedowfällen, die im Anschluß an akute Infektionskrankheiten entstanden oder rezidiviert sind. In einigen davon war die Drüse vorher nachweislich ganz gesund gewesen und wurde es auch wieder nach Ablauf der Erkrankung, in anderen bestand vorher schon eine Struma, in einer dritten Gruppe waren Basedowerscheinungen schon vorher in geringem Grade beobachtet worden. In solchen Fällen haben wir die Berechtigung, nicht von einer Hyper-, sondern von einer Dysfunktion der Drüse zu sprechen. Die toxischen Momente üben zugleich einen Einfluß aus auf die anderen endokrinen Drüsen wie das namentlich an den Ovarien bekannt ist. *Ernst Schultze* (Berlin).

● **Klinke, Otto: Die operativen Erfolge bei der Behandlung des Morbus Basedowii.** Berlin: S. Karger 1914. 112 S. M. 4.—.

In dieser von der Möbiusstiftung preisgekrönten Arbeit hat Klinke nicht nur eine Besprechung der operativen Erfolge niedergelegt, sondern er hat eine Zusammenfassung alles dessen versucht, was über diese Erkrankung überhaupt uns bekannt ist. Besonderse Interesse nimmt die Zusammenstellung der Operationsresultate der Jahre 1904—1912 in Anspruch, die er aus den Arbeiten von 93 Autoren ermittelt hat. 6759 Operationen brachten in 1101 Fällen Heilung, 4630 Besserungen, 259 Todesfälle. Außerdem waren 252 Operationen ohne Erfolg, etwa 500 Fälle blieben unaufgeklärt. Die Schlußfolgerungen, die besonders deshalb interessant sind, weil die Arbeit von einem Psychiater und Nervenarzt verfaßt ist, gehen dahin, daß Verf. wohl durchaus die Erfolge der Operation namentlich in der Hand des Vielerfahrenen anerkennt, daß er aber eine Heilung durch die Drüsenoperation allein nicht für möglich hält, selbst wenn man die ganze Drüse fortnehmen könnte, weil die Krankheit nicht allein in der Drüse liege. Wenn alle Mittel der inneren Behandlung erschöpft sind, solle man den Chirurgen zuziehen; jedoch solle man nicht so lange warten, bis schwere sekundäre Veränderungen eingetreten sind. Die Erfolge der internen Behandlung sind keineswegs so gering, wie man chirurgischerseits gewöhnlich annimmt. Auch soll man nicht vergessen, daß eine Reihe von Basedowfällen sogar spontan ausheile. Jedenfalls soll seines Erachtens durchaus nicht der Chirurg, sondern Interner oder Neurolog die führende Rolle haben in der Behandlung dieses Leidens. *Ernst Schultze* (Berlin).

Looft, Carl: Infantiles Myxoedem. Med. Revu Jg. **1914**, Mai-Heft, S. 293 bis 303. 1914. (Norwegisch.)

Verf. referiert 9 Fälle von infantilem Myxödem, sämtliche aus strumafreien Gegenden; 8 sind kongenital, während der 9. nach einer operativen Entfernung eines Tumors in der Region zwischen Kehlkopf und Zungenwurzel erworben ist. Von den Fällen waren 8 Mädchen, ein Junge. Als diese Fälle das erstemal beobachtet wurden, waren 3 unter 1 Jahr bis zu einem Alter von 4 Monaten, 2 zwischen 1 und 2 Jahren, 1 etwas über 2 Jahre, und 3 älter als 5 Jahre. Spezielles Interesse bietet ein 16 Monate altes Mädchen, das außer Myxödem auch

Tetanie und Laryngospasmus zeigte, welch letztere Symptome vorübergehend von Thyreoideabehandlung beeinflußt zu werden schienen. Ein 12jähriges Mädchen hatte eine große cystöse Struma, die unter der Behandlung vollständig verschwand. Ein Säugling hatte einen großen teleangiektatischen Tumor in der Region über dem Kehlkopf, dieser hatte keine nachweisbare Verbindung mit den darunterliegenden Teilen; während der Behandlung zeigte der Tumor eigentümliche regressive Veränderungen. Der Fall von erworbenem Myxödem ist dadurch interessant, daß ein Arzt bei dem Kinde einen Tumor, der zwischen Zungenwurzel und Kehlkopf saß, als das Kind 5 Jahre alt war, entfernte; der Wuchs hörte gleich darauf auf und es entwickelten sich Zeichen von Myxödem; der Tumor war ein Zungenbasistumor mit dystopischem Glandula-thyreoidea-Gewebe. Das Kind, das bei der Untersuchung 8 Jahre und 4 Monate alt war, hatte ein Intelligenzalter, durch Binet-Simons Methode festgestellt, von 5 Jahren. Durch Röntgenuntersuchungen von Handwurzel und den unteren Oberarmsepiphysen wurde eine Knochenkernentwicklung dem selben frühen Alter entsprechend konstatiert. Die sämtlichen referierten Krankheitsgeschichten tragen sehr viel zur Kenntnis des Myxödems im großen und ganzen bei, und speziell zeigen sie die Resultate der Behandlung mit Thyreoideasubstanz. Sämtlichen Fällen sind Photographien beigelegt auch vor und nach der Behandlung und einige Röntgenbilder zeigen die eigentümlichen charakteristischen Verhältnisse bei der Knochenentwicklung während dieses Zustandes. *Asbj. Nilssen* (Kristiania).

Sudek, Paul: Zur pathologischen Anatomie und Klinik des Morbus Basedowii. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 104—120. 1914.

Seit A. Kochers gründlichen histologischen Untersuchungen der Basedowschilddrüse sind wir endlich zu der ersehnten Einheitlichkeit der Auffassung der pathologischen Befunde im Verhältnis zur klinischen Erscheinung gekommen. Daraufhin hat Sudeck gemeinsam mit Simmonds die teilweise von letzterem schon mitgeteilten Untersuchungen, die sich jetzt auf etwa 230 Fälle im ganzen beziehen, an der Hand des klinischen Bildes einer Revision unterzogen. Die größere Hälfte der Fälle zeigte die schon von Lubarsch beschriebenen ausgesprochenen Basedowveränderungen, über die ganze Drüse oder große Partien ausgebreitete Zylinderzellenwucherung mit Papillenbildung, Polymorphie der Follikel und Kolloidschwund; daneben fanden sich die Bilder der Kocherschen unregelmäßigen, z. T. mehrschichtigen Epithelwucherung. Allen diesen Präparaten entsprach klinisch das ausgeprägte Bild des klassischen Morbus Basedowii. Bei der Struma basedowificata fanden sich in Übereinstimmung mit Kocher dieselben charakteristischen Epithelveränderungen, nur weniger ausgeprägt und in geringerer Ausdehnung. Der 2., weniger charakteristischen Basedowveränderung Kochers (einfache Epithelhyperplasie, auf große Strecken sich ausdehnende Umwandlung des Plattenepithels in kubisches oder zylindrisches, mit Randverflüssigung des Kolloid, bei erhaltenem Gesamtanblick des Bläschens), entsprechen Fälle, die auch klinisch mehr oder weniger von dem klassischen Bilde abweichen, und daher zum mindesten ätiologisch von diesem unterschieden sein müssen. Hier kann der Pathologe aus dem histologischen Bilde allein nicht die Diagnose stellen. Drittens fand sich eine Anzahl von Präparaten mit fast negativem Befund: das sind die Fälle von reinem Hyperthyreoidismus mit einzelnen Basedowsymptomen (Formes frustes); kein klassischer Basedowfall war dabei; diese sind in Hamburg prozentual viel häufiger als bei Kocher. Diese rein funktionellen Hyperthyreosen lassen sich klinisch nicht sicher von dem atypischen Morbus Basedowii der 2. Gruppe unterscheiden. Die ersten beiden Gruppen müssen nach dem histologischen Bilde mit Klose als Dysthyreosen, wahrscheinlich von verschiedener Ätiologie aufgefaßt werden. Von den Herzerscheinungen sind die einfache Tachykardie, wie die habituelle Irregularität als toxische Innervationsstörungen aufzufassen, die nach genügender Operation (wozu in vielen Fällen bloße Unterbindungen und die einfache Hemistrumektomie nicht gehören) meist prompt verschwinden; nur die mit letzterer häufig verbundene Hypertrophie des Herzens bleibt auch bei im übrigen völliger Heilung oft als röntgenologisch nachweisbar bestehen. Auch bei den Sektionen fand Simmonds nur auffallend geringe Myodegenerationen, woraus er für die überwiegende Anzahl von Fällen

auf rein funktionelle, nicht organische Störungen des Herzmuskels schließt. Die Irregularität darf uns daher nicht von der Operation abhalten, in dem Gedanken, es handle sich um irreparable myokarditische Erscheinungen. Das sind auch nicht die gefährlichen Herzen, sondern die mit fettiger Degeneration und die, die infolge hochgradiger psychischer Exzitation dem Erlahmen nahe sind (Ermüdungsirregularität kann auch ohne erkennbare Herzveränderung in schweren Fällen eintreten). Verf. erlebte 5 operative Todesfälle: 1 an Nachblutung, 1 durch zu eingreifende Operation in Narkose (Verstoß gegen Kochers Vorschriften der fraktionierten Operation, verleitet durch die ersten 33 glatt verlaufenen Fälle), und 3 mal typischer Basedowtod bei ganz schweren Fällen (2 Hemistrumektomien, 1 Unterbindung); außerdem 2 ebensolche, nicht operative Todesfälle. Gegen diese gibt es nur das Mittel der frühzeitigen Operation. Der Tod ist eine Sache des Herzens, das dem psychischen und körperlichen Schock nicht mehr gewachsen ist und versagt. Die Theorie der Überschwemmung des Körpers mit dem Basedowgift ist abzulehnen. Zur Verminderung des Schocks: Veronal, Morphium, eventuell Scopolamin, fraktionierte Operation, Lokalanästhesie, die in schweren Fällen doch weniger eingreifend ist als Narkose. Die charakteristische Vascularisation der Basedowstruma kann nicht als funktionelle Hyperämie aufgefaßt werden; es handelt sich um eine Erlahmung der Arterien, eine richtige Insuffizienz der pathologisch dilatierten Gefäße. Verf. denkt sich auch den Exophthalmus mit diesem Gefäßzustand zusammenhängend, etwa durch lokale Blutdruckstörungen hervorgerufen. Ein Normalverfahren der Operation gibt es nicht. Je nach der Schwere des Falles muß man verschieden vorgehen und verschieden viel Gewebe resezieren. Ein vortrefflicher Erfolg bei Unterbindung aller 4 Arterien: die Wirkung ist nicht so rasch und unmittelbar wie nach der Resektion; es wird eine spontane Heilung eingeleitet. Vielleicht sollte man dieselbe öfters anwenden. Verf. unterbindet von einem Schrägschnitt aus in einer Sitzung meist beide Arterien derselben Seite. *Tölken* (Zwickau).

Brust.

Allgemeines:

Drosdoff, A. N.: Über Fremdkörper in den Atemwegen. (*Chirurg. Abt. d. Gouvernement-Krankenh., Tomsk.*) Chirurgia Bd. 35, Nr. 208, S. 545—567. 1914. (Russisch.)

Es werden 9 Fälle mitgeteilt (Kinder von 11 Monaten bis 7 Jahren), in denen 7 mal verschiedene Fremdkörper (Nußschalen, Sonnenblumensamen, Cedernüsse u. a.) mittels der Tracheotomie, 1 mal laryngoskopisch entfernt wurden; in einem Fall trat Spontanheilung ein. Auf Grund der eigenen und 300 aus der hauptsächlich russischen Kasuistik gesammelten Fälle bespricht Verf. das ganze Krankheitsbild und die Therapie, ohne was Neues zu bringen. Er betont die Bedeutung der Tracheobronchoskopie, welche immer noch wenig Verbreitung findet und Alleingut einzelner Spezialisten bleibt. *Stromberg.*

Maggiore, S.: Il circolo collaterale toracico nella diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale. (Der thorakale Kollateralkreislauf in der Diagnose der tracheobronchialen Adenopathie.) (*Istit di clin. pediatr., univ., Palermo.*) Pediatria Jg. 22, Nr. 6, S. 401—404. 1914.

Verf. untersuchte röntgenologisch die Bedeutung des im Titel genannten Syndroms an einem großen Material (131 tuberkulöse Kinder). Der präthorakale venöse Kollateralkreislauf war in den meisten Fällen mit anderen Symptomen der tracheobronchialen Adenopathie kombiniert. Nur 24 mal bestand er als einziges Zeichen des betreffenden Prozesses, dann aber war die Bronchialdrüsenvergrößerung im Röntgenbilde festzustellen. In den meisten Fällen geht der röntgenologisch feststellbare Grad der Drüsenvergrößerung der Intensität der Venektasien parallel. Pathognomonisch für die tracheobronchiale Adenopathie sind nur Venektasien, die auf die obere Thoraxapertur beschränkt sind. In den meisten Fällen sind sie im zweiten, weniger häufig im ersten, am seltensten im dritten Intercostalraum, immer zwischen dem Sternalrand und der die Clavicula halbierenden Linie zu finden. Man kann drei Haupttypen bezüglich der Lokalisation dieser Venektasien unterscheiden. Am häufigsten sind sie auf die rechte Seite (78 Fälle), we-

niger häufig auf die linke Seite (40 Fälle) beschränkt, manchmal ist ein Venennetz auf die beiden Seiten verbreitet zu finden (21 Fälle). Verf. schließt mit der Bemerkung, daß das genannte Zeichen sehr zu beachten, und für die Diagnose der Bronchialdrüsenvergrößerung sehr wertvoll sei. Bezüglich weiterer Einzelheiten, sowie der die Haupttypen der Lokalisation der Venektasien darstellenden Abbildungen kann auf das Original verwiesen werden. *v. Groër* (Wien).

Brustwand:

Tedeschi, Carlo: Über angeborene Brustmuskeldefekte. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. und Unfallchirurg. Bd. **13**, H. 3, S. 276—280. 1914.

Bericht über den totalen Defekt des linken M. pectoralis major und etwa der Häflte des Pectoralis minor bei einem 9jährigen Knaben. Keine anderweitigen Entwicklungsfehler an der Brust. Hochstand des linksseitigen Schulterblattes wird als Wirkung der Antagonisten aufgefaßt. Von anderweitigen Entwicklungsstörungen am Körper des Kindes nennt der Autor einen linksseitigen Stirnhöcker und die abnorme Zahnentwicklung. *Bergemann* (Berlin).

Howard, Russell: Tumours of the breast. (Tumoren der Mamma.) Clin. journ. Bd. **43**, Nr. 24, S. 380—384. 1914.

Alle Symptome von Brustcarcinom, wie sie in den Lehrbüchern aufgezählt werden, ermöglichen keine Frühdiagnose, da sie meist erst spät in die Erscheinung treten, andererseits auch in den Spätstadien bei schon großem primärem Tumor nicht immer vorhanden sind. Aus der Praxis bringt Verf. mehrere Beispiele für seine Auffassung. Bei einem 27jährigen Mädchen fand sich ein Tumor in der linken Mamma, der nach seinem Symptomenkomplex für ein Adenom gehalten werden mußte. Die mikroskopische Untersuchung deckte ein Carcinom auf; ebenso erwies sich ein großer cystischer Tumor in der Mamma einer 34jährigen Frau, der nicht die klinischen Anzeichen der Malignität an sich trug, nach der mikroskopischen Untersuchung als maligne. Im Gegensatz zu diesen Beispielen ergab die histologische Untersuchung eines harten Tumors einer 47jährigen Pat., bei der man klinisch nicht an Malignität zweifeln konnte, ein gutartiges Bild. Eine besondere Beziehung zum Carcinom hat die chronische Mastitis, wenn man auch nicht mit Bestimmtheit sagen kann, daß sie ein präcanceröses Stadium darstellt. Fast in jeder Mamma mit Carcinom finden sich an Stellen, die relativ weit vom Krebsherd entfernt liegen, chronisch entzündliche Veränderungen. Bei Probeschnitten aus Stellen klinisch echter chronischer Mastitis muß man immer berücksichtigen, daß neben den degenerativen auch regenerative Prozesse sich vollziehen. Eine Mehrschichtigkeit des Epithels an solchen Stellen ist erst als maligne anzusehen, wenn die Membrana propria von einzelnen Zellen durchbrochen ist. Klinisch sind Frühstadien von Krebs von chronischer Mastitis nicht zu unterscheiden. In zweifelhaften Fällen behandelt Verf. die Pat. drei Wochen lang als Mastitis; ist der Tumor in dieser Zeit nicht verschwunden, soll man mit der Probeexcision nicht zögern, die während der Operation an Gefrierschnitten untersucht werden kann, um gegebenenfalls gleich weitere operative Maßnahmen zu treffen. *Carl* (Königsberg i. Pr.).

Speiseröhre:

Feyo e Castro: Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre. A med. contemp. Jg. **32**, No. 23, S. 179—181. 1914. (Portugiesisch.)

Zur Fremdkörperentfernung aus dem Oesophagus vor dem Röntgenschirm empfiehlt Feyo e Castro seinen Apparat, der aus einer biegsamen Metallröhre von 45 cm Länge besteht, die oben mit 2 Ringen versehen ist und am unteren Ende ein kurzes Stück einer starren Hülse trägt. In die Metallröhre hineingeschoben wird ein oben gleichfalls mit einem Ring versehener biegsamer Metallstab, der unten in drei einzelne, durch ihre Elastizität divergierende Metallstäbchen endet, welche außen glatt, innen rauh sind und beim Zurückziehen des Stabes in die Röhre den Fremdkörper zwischen sich fixieren. Um die Fixation an den außen befindlichen Ringen zu sichern, sind besondere Metallbügel angegeben. *Bergemann* (Berlin).

Bassler, Anthony: A new technic of Roentgen-ray examination for early diagnosis of cancer of the esophagus. (Eine neue Technik der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose von Carcinom des Oesophagus.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 18, S. 1394—1395. 1914.

Die frühere Methode des Verf., mittels Tamponade der Kardia eine vollständige Wismutfüllung des Oesophagus zu ermöglichen, hat den Nachteil, daß die Patienten öfter Angstgefühl.

Dyspnöe, forcierte Peristaltik des Oesophagus mit Regurgitation des Wismut bekamen. Seine neue Methode, die diese Nachteile behebt, ist folgende: Ein Stück weichen Gummirohres von der Länge eines gewöhnlichen Magenschlauches, jedoch enger als dieser, wird 23 cm von einem Ende quer durchtrennt. Das kurze Stück wird durch eine Reihe von Öffnungen mittels Schere gefenstert. Eine Messingolive mit einer zentralen Bohrung zur Aufnahme des Mandrins wird sodann in das eine Ende, eine Messingzwinge mit doppelter Kerbe in das andere Ende eingebunden. Die durchschnittenen Enden des Gummirohres werden über der Zwinge vereinigt, hierauf ein Condom einerseits an die Olive, andererseits an die Kerbe der Messingzwinge eingebunden, so daß er die gefensterte Partie des Gummirohres bedeckt. Letzteres kann nun mittels Mandrin eingeführt, gefüllt, und mittels Quetschhahnes nach außen abgeschlossen werden. Der sich füllende Condom gibt die genauen Konturen des Oesophagus an der kranken Stelle wieder. Eine erläuternde Zeichnung ist beigefügt. *Jurasz* (Leipzig).

Jurinac, D.: Die Fremdkörper des Oesophagus. Liječnički vijesnik. Jg. **36**, Nr. 5, S. 255—259. 1914. (Kroatisch.)

Albrecht, W.: Über das pharyngo-ösophageale Pulsionsdivertikel und seine Operation nach der Goldmannschen Methode. (*Univ.-Klin. u. -Poliklin. f. Hals- u. Nasenkr., Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 22, S. 1109—1112. 1914.

Das Pulsionsdivertikel entsteht meist aus mechanischen Ursachen, wobei hochsitzender Oesophagospasmus und schlechtes Kauen eine wichtige Rolle spielen. Die Diagnose wird in erster Linie durch die Oesophagoskopie und das Röntgenbild gestellt. Die Operation geschieht am besten nach der von Goldmann angegebenen Methode in Lokalanästhesie, die durch einen Scopolaminmorphium-Dämmerschlaf unterstützt wird. Das abgebundene Divertikel wird nach 8—10 Tagen abgestoßen. In der Regel entwickelt sich eine Oesophagusfistel, die sich nach kurzer Zeit zu schließen pflegt. 8 operierte Fälle sind sämtlich ohne Komplikation geheilt. Die Vorteile der Goldmannschen Methode sind: Die Operation ist einfach, ungefährlich und in ihrem Erfolg sicher. *Boit* (Königsberg i. Pr.).

Théodoroff, B.: Contributions cliniques et expérimentales à l'oesophagoplastie. (Klinische und experimentelle Beiträge zur Plastik der Speiseröhre.) Journ. de chirurg. de Bucarest Jg. **1**, Nr. 4/6, S. 278—298. 1914.

Verf. berichtet über eine mißlungene Operation am Menschen und acht mißlungene Tierversuche. *Burckhardt* (Berlin).

Brustfell:

Buttermilch, W.: Zur Empyembehandlung im Säuglings- und frühen Kindesalter. Vortrag, geh. in d. Dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Wien, 20.—24. IX. 1913.

Während bei Erwachsenen der Rippenresekretion mit wenigen Ausnahmen der Vorzug gegeben wird, wird im Kindes- und speziell im Säuglingsalter den schonenden und weniger angreifenden Maßnahmen das Wort gesprochen. Neuerdings machten Finkelstein, Spitzy und Zybell auf die schlechten Resultate der Rippenresektion bei jungen Kindern aufmerksam und letzterer empfahl insbesondere die Punktionsbehandlung. Die Prognose des Säuglingsempyems ist nun aber nicht sowohl von der Operationsmethode abhängig, als vielmehr in erster Linie von dem Verlauf der sie veranlassenden Grundkrankheit. Im Weißenseer Krankenhause wurden in den letzten zwei Jahren 16 Fälle von Empyem im ersten und zweiten Lebensjahre behandelt. Sie lassen sich in drei Gruppen einteilen: 1. Solche, bei welchen die einfache Punktion angewendet wurde (3, von denen 2 starben; einer nach der Probepunktion heilte). 2. Solche, bei denen erst punktiert und dann sekundär reseziert wurde (3, welche gestorben sind). 3. Solche, bei denen sofort nach der Probepunktion reseziert wurde (8 mit 6 Heilungen und 2 Todesfällen). — Zu diesen kommt ein 9. Fall, der nach Heilung mit Hautwunde entlassen wurde und draußen an einer Masernpneumonie starb und schließlich als 10. Fall ein Empyema necessitatis, das reseziert wurde und starb. Die Frage, in welcher Weise bei Empyemen einzugreifen ist, soll nur von Fall zu Fall ent-

schieden werden; dabei ist nicht die Menge, sondern die Qualität des Eiters maßgebend. Differenzen in der Malignität lassen sich durch Feststellung der Lebensdauer der Bakterien und durch Virulenzbestimmung nachweisen. Für die Prognose gibt das Leukocytenbild Anhaltspunkte.

Diskussion bei Vortrag von Hugo Stettiner, folgendes Referat. *Keller* (Berlin).

Stettiner, Hugo: Zur Empyembehandlung im Säuglings- und frühen Kindesalter. Vortrag, geh. in d. Dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Wien, 20.—24. IX. 1913.

Wie lassen sich die Fälle, in denen die schonendere Behandlung zum Ziele führt, von denen, die eine eingreifendere nötig machen, differenzieren? Es gilt die Virulenz der Kokken und die Widerstandsfähigkeit des Organismus zu schätzen. Die Neigung zur Bildung von Metastasen spricht noch nicht für die hohe Virulenz. Ein gutes Mittel zur Abschätzung der Virulenz sieht der Vortragende in der Infektion des Stichkanals, die seiner Ansicht nach eine Indikation zur sofortigen Rippenresektion gibt. Bei schwerer Virulenz der Bakterien ist die sekundäre Rippenresektion indiziert; bei kräftigen Kindern mit zähem Eiter ist sie primär erforderlich. Die Statistik von Zybell, nach der von 116 Fällen, die mit Rippenresektion behandelt wurden, nur 18 heilten, gibt ein zu ungünstiges Bild. Manche Gefahren der Operation lassen sich durch Verbesserung der Technik vermeiden, insbesondere kommt es darauf an, daß in der Nachbehandlung der Chirurg vom Pädiater unterstützt wird. Die Erfahrungen mit Empyembehandlung im Weißenserer Krankenhaus lassen sich in folgender Weise zusammenfassen: Es ist falsch, die Behandlung des Empyems mit Rippenresektion im Säuglings- und frühen Kindesalter zu verwerfen; im Gegenteil ist ein Teil der Empyeme nur durch die Rippenresektion zu retten. Die schlechte Prognose der Säuglingsempyeme ist Folge der hohen Mortalität an Säuglingspneumonien. Punktionen als alleiniger Eingriff kommen zunächst nur bei untergewichtigen und atrophischen Säuglingen in Betracht. Die versuchsweise Punktion kommt in Betracht bei doppelseitigen Empyemen, bei metastatischer Eiterung und Polyserositis, ferner bei dünnflüssigem Eiter und bei nicht hochgradiger Dyspnöe, bei sonst gutem Allgemeinbefinden. Bei hoher Virulenz der Bakterien (Infektion der Punktionsstelle im Tierversuch), schlechtem Allgemeinbefinden und Anzeichen von Wiederansammlung des Exsudates ist sekundär die Rippenresektion vorzunehmen; bei kräftigen Kindern und zähem Eiter ist die primäre Rippenresektion indiziert. Tuberkulöse Empyeme sind wie kalte Abscesse zu behandeln.

Diskussion: Rietschel (Dresden) wendet, nachdem sich die Erfolge mit Thoracotomie keineswegs als ermutigend gezeigt hatten, seit etwa $2^1/_2$ Jahren mit ungleich besserem Erfolg die Punktionsbehandlung an. Die Hauptsache bleibt, daß bei der Behandlung das Hauptgewicht auf die Pneumonie gelegt wird. Solange ein pneumonischer Herd vorhanden ist, bedeutet die Thoracotomie den Tod des Kindes. In jedem Falle ist mit der Punktionsbehandlung zu beginnen; ist die Pneumonie abgelaufen und heilt das Empyem, dann erst ist die Thoracotomie angezeigt, dann erst gibt sie gute Resultate. Tobler (Breslau) schließt sich Rietschel an, besonders bezüglich der Bedeutung der Pneumonie. Die systematische Punktionsbehandlung bedeutet sicher einen Fortschritt gegenüber der Thoracotomie. Die Stärke der lokalen Reaktion an der Punktionsstelle ist kein Indikator für die Weiterführung der Behandlung: ein schwerer Fall von Streptokokkenempyem mit ausgedehnter Phlegmone vom Stichkanal aus erholte sich unter Punktionsbehandlung ung ging nach der radikalen Operation akut zugrunde. Buttermilch (Weißensee) betont im Schlußwort, daß auch er auf dem Standpunkt steht, zunächst soll man mit der Punktionsbehandlung beginnen, nur solle die Rippenresektion nicht als absolut aussichtslos verworfen werden. *Keller* (Berlin).

Lungen:

Moritz, F.: Zur Methodik des künstlichen Pneumothorax. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 24, S. 1321—1325. 1914.

Die gewöhnliche Bezeichnung, daß im Pleuraraum ein negativer Druck herrsche, ist nach Moritz ungenau und wird von ihm in eingehender Erörterung rectifiziert. Für den Zweck des künstlichen Pneumothorax — eine Ruhigstellung der Lunge zu bewirken — ist es nicht nötig, mit der Gasfüllung bis zu einem Maximum zu gehen,

das auch bei tiefster Inspiration Drucknegativität und damit jede Lungenbewegung ausschlösse, da solche Maximalinspirationen bei Kranken mit künstlichem Pneumothorax in der Breite der gewöhnlichen Atmung nicht vorkommen. Es entspricht vielmehr der Vorsicht, Füllungswerte zu wählen, bei denen zwar die gewöhnliche Respiration auch inspiratorisch sich in Plusdrucken bewegt, bei denen aber tiefste Inspirationen noch zu Minusdrucken gelangen. Dadurch wird vor allem beim kompleten Pneumothorax übermäßiger Druck auf das Mediastinum, Druck auf die Hohlvenen und damit Verschlechterung der Zirkulation vermieden. Beim partiellen Pneumothorax sind höhere Füllungsgrade unbedenklicher, weil die direkte Fortpflanzung des Druckes auf das Mediastinum durch die Adhäsionen vermieden wird. Der Stichmethode wird die größere Gefahr der Luftembolie gegenüber der Schnittmethode vorgeworfen. Doch läßt sich bei geeigneter Technik, deren einzelne Phasen und Fehler vom Verf. genauer beschrieben werden, und bei Anwendung zweckentsprechender Apparate diese Gefahr fast ganz vermeiden. Einen solchen Apparat hat M. bereits mehrfach demonstriert und er gibt in der vorliegenden Arbeit eine eingehende Darstellung von ihm, deren Einzelheiten im Original an der Hand der Zeichnungen nachgelesen werden müssen. *Bode* (Kassel).

Ssemjonowski, A. P.: Ein Fremdkörper im Bronchus. (*Dankoffsches Landschaftskrankenh.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 568—570. 1914. (Russisch.)

Jessen, F.: Zur Lokalisation von Lungenkavernen und Lungenabscessen. (*Waldsanat., Davos.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 25, S. 1391. 1914.

Verf. empfiehlt zur Lokalisation von Kavernen und Abscessen in der Lunge den Apparat von Fürstenau. Man macht damit auf einer Platte zwei Aufnahmen mit einer seitlichen Röhrenverschiebung von 6,5 cm und Innehaltung genau der gleichen Bedingungen. Aus der Distanz zweier homologer Punkte mißt man mit einem Zirkel die Distanz dieser Punkte von der Platte und ist so imstande zu wissen, ob die Kaverne vorn oder hinten liegt. Zwei Skizzen von Röntgenbildern erläutern in dem gegebenen Fall die Notwendigkeit, hinten die Thoraxeröffnung vorzunehmen. *Naegeli* (Zürich).

Leuret, E., et Aubert: Seconde observation de suppuration pleuro-pulmonaire avec hémoptysies graves traitée et guérie par le pneumothorax artificiel. (Zweite Beobachtung einer pleuro-pulmonalen Eiterung mit Hämoptöe geheilt durch künstlichen Pneumothorax.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **35**, Nr. 26, S. 305—308. 1914.

Analoger Fall wie der oben beschriebene. Bei der Röntgendurchleuchtung findet man eine pulsierende Höhle, die möglicherweise einem Aneurysma in der kranken Lunge entspricht. Ob die direkte Kompression oder die Verkleinerung und die damit begünstigte Stagnation und Thrombenbildung die günstige Wirkung bedingt, läßt sich nicht entscheiden. Durch den Pneumothorax wurde sofort die Blutung herabgesetzt, und verschwand nach kurzer Zeit. *Naegeli* (Zürich).

Leuret, E., et Aubert: Un cas d'abcès du poumon ou de l'interlobe évacué dans les bronches guéri par le pneumothorax artificiel. (Ein Fall von Lungenabceß oder interlobärem Empyem durch den Bronchus entleert und geheilt durch künstlichen Pneumothorax.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **35**, Nr. 26, S. 303—305. 1914.

15jähriges Mädchen zeigt die Erscheinungen eines rechten Lungenabscesses im Anschluß an eine postdiphtherische Bronchopneumonie. Durch ausgedehnte wiederholte Hämoptöen war Pat. stark heruntergekommen. Man entschloß sich daher zur Anlegung eines Pneumothorax worauf die Blutungen sofort standen und die Exspektoration herunterging. Pat. konnte einige Wochen später geheilt entlassen werden. *Naegeli* (Zürich).

Leclerc, Georges: Embolie de l'artère pulmonaire. Opération de Trendelenburg. Mort au cours de l'opération. (Lungenembolie; Trendelenburgsche Operation; Exitus während der Operation.) Lyon chirurg. Bd. **11**, Nr. 6, S. 603 bis 605. 1914.

25jährige Frau wird 15 Tage nach einer Geburt und normalem Wochenbett in die Klinik gebracht, da der Arzt die Diagnose einer puerperalen Infektion stellt wegen plötzlich eingetrete-

nem Fieber. Einige Stunden nach der Aufnahme plötzliche Dyspnöe, sowie ausgesprochene Blässe des Gesichtes und kleiner Puls. Es wird die Diagnose einer Lungenembolie gestellt. Da der Zustand sich verschlechtert, wird die Trendelenburgsche Operation ausgeführt. Nach Eröffnung der Pleurahöhle Atemstillstand, während die Herzkontraktionen erst später aufhören. Die Art. pulm. wird schnell eröffnet und ein 6—8 cm langer organisierter Embolus herausgeholt. Trotz Herzmassage erholt sich Pat. nicht mehr. *Naegeli* (Zürich).

Herzbeutel, Herz:

Delorme, E.: Des notions d'anatomie chirurgicale applicables au traitement direct de la symphyse cardo-péricardique. (Anatomisch-chirurgische Bemerkungen zur direkten Behandlung der Verwachsungen zwischen Herz und Herzbeutel.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 87, Nr. 59, S. 963—972. 1914.

Verf. bespricht auf Grund von Untersuchungen an der Leiche eingehend die ganze Anatomie des Herzbeutels mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs und der Lage der großen Herzgefäße und der zahlreichen durch dieselben gebildeten Nischen und Buchten. Die Arbeit, welche eine größere Zahl von Abbildungen enthält, eignet sich nicht für eine kurze Besprechung. *Haecker* (Essen, Ruhr).

Hamann, Carl A.: Ligation of the innominate artery. With report of a successful case. (Ligatur der Arteria anonyma. Mit Bericht über einen erfolgreichen Fall.) Ann. of surg. Bd. 59, Nr. 6, S. 962—967. 1914.

68jährige Frau. Schmerzen und Funktionsstörung im rechten Arme vor 6 Wochen. Seit etwa 1 Woche hühnereigroße pulsierende Schwellung oberhalb der Clavicula. Diagnose: Aneurysma der Subclavia. Zuerst Versuch der Einführung von Draht in das Aneurysma. Wegen ausbleibender Besserung Freilegung des Sackes durch je einen Schnitt am vorderen Rande des Sternocleido und entlang der Clavicula. Das Aneurysma gehört dem dritten Abschnitt der Subclavia an, entwickelte sich jedoch hinter dem Scalenus bis zum ersten Abschnitt der Arterie. Resektion der Clavicula. Unterbindung der Anonyma sowie der Carotis communis, worauf die Pulsation vollständig aufhörte. Normaler Heilverlauf ohne jegliche Störung. In der Folge noch geringe Parästhesien, sonst gebrauchsfähiger Arm. *Jurasz* (Leipzig).

Achells, W.: Über adhäsive Perikarditis und über den Verlust der beim Übergang aus der horizontalen zur aufrechten Körperhaltung normalerweise eintretenden Vertikalverschiebung des Herzens. (*Akad. Köln u. med. Klin., Straßburg.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 115, H. 5/6, S. 419—464. 1914.

Linck: Beitrag zur Lokalanästhesie bei Operationen am äußeren Gehörgang und im Mittelohr. (*Univ.-Ohrenklin., Königsberg.*) Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 95, H. 3/4, S. 304—309. 1914.

Von einer Einstichöffnung dicht am oberen Muschelansatze aus wird die Haut der ganzen oberen Hälfte des Ohrmuschelansatzes etwas infiltriert. Unter scharfem Umbiegen der oberen Ohrmuschelhälfte nach unten wird dann die Hohlnadel dicht am umgebogenen Knorpel entlang, und zwar genau senkrecht über dem äußeren Gehörgang schräg nach unten und medianwärts langsam hineingestochen. Fühlt man mit der Nadel den Knochenrand des Gehöreinganges, so wird die Spritze etwas nach unten gesenkt und dicht am Knochen entlang noch ungefähr einen halben Zentimeter tiefer eingeschoben und langsam zur Hälfte entleert (1 ccm). Die Injektion muß unter einem gewissen Widerstand erfolgen. Die ganze Ohrmuschel wird dann nach vorne umgeklappt und die Nadel gerade gegenüber dem Tragus, d. h. also etwa 1 bis $1\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Warzenfortsatzspitze wieder hart am Knorpel schräg nach vorne und medianwärts langsam in die Tiefe geschoben. Man hält sich dicht am Knochen, stellt die Spritze senkrecht, geht am Knochen noch $\frac{1}{2}$ cm in die Tiefe und entleert 1 ccm Flüssigkeit. Zum Schluß sticht man dicht an dem Knorpel des Tragus senkrecht in die Tiefe bis zum vorderen Rande des knöchernen Gehöreingangs und dann noch etwa $\frac{1}{2}$ cm tiefer hart am Knochen entlang und injiziert 1 ccm Flüssigkeit. Zur Benutzung kommt 1 proz. Novocain-Suprareninlösung. Nach 10 Minuten ist eine völlige und zur Operation brauchbare Anästhesie des äußeren Gehörgangs und des Trommelfells eingetreten. Die Methode hat sich bewährt für die Radikaloperation, die Hammer-Amboßextraktion, die Entfernung von Polypen aus Gehörgang und Mittelohr, die Paracentese des Trommelfells bei akuter Mittelohrentzündung, die Ausspülung der Mittelohrnebenräume mit dem Paukenröhrchen, für deren Sondenuntersuchung und für die Incision von Furunkeln im äußeren Gehörgang. *Löwen* (Leipzig).

Kümmell, H.: Operative Behandlung des Aortenaneurysma. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 166—169. 1914.

Kümmell berichtet über einen Fall, bei welchem er das am Brustteil der Aorta sitzende

Aneurysma direkt operativ angriff und so von den bisher zur Behandlung obiger Erkrankung benutzten operativen Verfahren abwich. Das bei dem 52 Jahre alten Patienten auf luetischer Basis entstandene Aneurysma von Zweifaustgröße war der Untersuchung von außen zugänglich und reichte vom Beckenkamm bis über den Rippenbogen nach oben. Die extrapleurale Methode (Resektion von vierter bis zehnter Rippe) legte den Riesensack von hinten her übersichtlich frei und erlaubte nach Spaltung des Diaphragmaschlitzes und Zugänglichmachen der oberen Bauchaorta zum Zwecke digitaler Kompression, ein bequemes Abtragen des Aneurysmas im Niveau der Aortenwand. Der 10 cm lange Aortenschlitz wurde durch doppelte Naht verschlossen. Dauer der Digitalkompression 12 Minuten. Nach Weglassen derselben stellte sich sofort normale Pulsation in den unteren Extremitäten ein. Patient überstand den Eingriff verhältnismäßig gut, ging aber dann durch langsames Erlahmen der Herzkraft zugrunde. In einem zweiten Fall legte K. ein Aneurysma des Arcus aortae durch mediane Sternumspaltung und Hinzufügen eines seitlichen Weichteilknochenlappens frei. Die spindelförmige Erweiterung des Aortenbogens machte die Isolierung und Abtrennung eines Sackes unmöglich. In beiden Fällen gelang es, die Aorta extrapleural freizulegen und dadurch einen großen Teil der Gefahren des durch die Eröffnung des Thorax entstehenden Pneumothorax auszuschalten. K. empfiehlt für kommende Fälle die Nahtlinie der Aorta durch Aufsteppen eines Fascienstreifens zu verstärken. *Rehn* (Jena).

Läwen, A.: Über die Stillung von Herz- und Leberblutungen durch frei übertragene Muskelstücke. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 4, S. 1014—1030. 1914.

Läwen hat in 2 Fällen von Herzverletzungen, bei denen eine Naht wegen Brüchigkeit der Muskulatur nicht möglich war, durch Aufnähen eines dem Pectoralis entnommenen Muskellappens die Blutung sofort stillen können. Fall 1 (Stichverletzung, 45jähriger Kaufmann) ging am 5. Tage an Pleuritis, Perikarditis zugrunde. Sektion: das 5 cm breite Muskelstück sitzt der Herzspitze kuppenförmig auf, ist fest verklebt. Mikroskopisch vorgeschrittene Degeneration der Muskelfasern, Zwischengewebe stark zellig infiltriert, an einzelnen Stellen dringen Bindegewebszellen und Gefäßsprossen in das transplantierte Stück hinein. — Der zweite Patient (28jähriger Mann, perfor. Schußverletzung) starb 3 Wochen p. op. an Pneumonie, Pleuritis und Peritonitis. Das aufgepflanzte Muskelstück war nekrotisch, durch eine ziemlich breite Bindegewebsschicht gegen die Herzmuskulatur abgegrenzt. Darin, daß dieser Patient noch 3 Wochen lebte, sieht L. den Beweis, daß das aufgepflanzte Stück dem Herzen keine nachteilige Mehrarbeit auferlegt. Daß ferner das nekrotisierende Muskelgewebe nicht als Infektionsträger zu fürchten ist, ist durch Erfahrungen L.s bei 2 Leberblutungen, sowie anderer Autoren bewiesen. Die Frage, ob Muskelgewebe vor anderen Transplantaten (Fascie, Perikard), Vorzüge besitzt, will L. nicht entscheiden, doch glaubt er, daß Muskulatur sich wegen des auch mikroskopisch erwiesenen, reichen Blutgehaltes (Thrombokinase) zur Blutstillung am besten eignet. *Vorderbrügge* (Danzig).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Engländer, Martin: Hochgradiger Meteorismus bei einem Falle mit Aortitis luetica. Wien. med. Wochenschr. Jg. **64**, Nr. 23, S. 1275—1277. 1914.

Bei einem 50jähr. Pat. mit schwerer Aortitis luetica trat plötzlich ein sehr heftiger stenokardischer Anfall auf; gleichzeitig bestand hochgradigster Meteorismus. Nach zwei Klysmen und einer Magenspülung sofortiges Vorübergehen des Anfalles. *Dunzelt* (München). M.

Rimann, H.: Über retroperitoneale Cystenbildung. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 521—535. 1914.

Die Arbeit behandelt einen durch Rimann beobachteten, operierten und geheilten Fall von ausgedehnter retroperitonealer Blutcyste, deren Entstehung auf ein 11 Jahr zurückliegendes Trauma (Stoß gegen den Bauch) zurückgeführt wird. Die einschlägige klinische und pathologisch-anatomische Literatur wird ausführlich gewürdigt. *Rehn* (Jena).

Kleinschmidt, Otto: Ein solitärer Netzechinokokkus. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 4, S. 1168—1182. 1914.

Den in der Literatur beschriebenen 15 Fällen von solitären Netzechinokokken reiht Kleinschmidt einen weiteren an, der auf operativem Wege gewonnen wurde. Neben ausführlicher Mitteilung der Literatur bespricht er die Ätiologie und kommt zu dem Schluß, daß außer der klinisch und experimentell nachgewiesenen Entstehung der Netzechinokokken durch Keimverstreuung primär geplatzter Leberechinokokken noch die Entstehung auf dem Blutwege möglich sei. Für den vorliegenden Fall

bestand diese Möglichkeit aus folgenden Gründen: 1. es handelte sich um eine solitäre Blase, während bei einer Keimaussaat meist viele Blasen entstehen; 2. die Leber zeigte keinerlei Veränderungen; 3. die Blase ist nicht etwa nur vom Peritonealepithel bekleidet, sondern ringsherum von verschieblichem Netz umgeben. Zur Sicherung der Diagnose kann die Anamnese, die Blutuntersuchung auf Eosinophilie, die Röntgenuntersuchung und die Komplementbindungsmethode mit gutem Erfolg herangezogen werden. Auf alle Fälle zu verwerfen ist eine Probepunktion durch die Bauchwand, da diese in einer Reihe von Fällen, wie mit Bestimmtheit angenommen werden muß, zur Aussaat von Keimen im Peritoneum geführt hat. *Bode* (Kassel).

Muller, George P.: Omental adhesions. (Netzadhäsionen.) Pennsylvania med. journ. Bd. 17, Nr. 8, S. 621—625. 1914.

Es gibt kein Mittel, durch welches man die Bildung von Adhäsionen mit Sicherheit vermeiden kann. Sie sind meist auf das viscerale Peritoneum beschränkt und machen außer gelegentlichen Muskelkontraktionen und einer Hyperalgesie der Haut oder der Muskeln keine Erscheinungen. Bei der postoperativen Verwachsung des großen Netzes mit der Narbe oder dem Beckenperitoneum entsteht ein Zug am Magen, Kolon oder der Gallenblase, durch welchen auf dem Wege des Sympathicus die Spinalnerven gereizt werden. Dadurch werden dann Schmerzen, Muskelspannung usw. ausgelöst. Verwachsung mit der Bauchwand ruft Muskelspannung hervor, deren Intensität sich natürlich nicht mit der bei akuten Infektionen, z. B. der Appendicitis vergleichen läßt, sondern nur bei sorgfältiger Untersuchung gefunden wird. Differentialdiagnostisch kommen Ulcera, Appendicitis, Gastroptose und Gallensteine in Betracht. Beim Verdacht auf Adhäsionen, der namentlich dann begründet ist, wenn Bauchoperationen vorausgegangen sind, ist die Untersuchung mit X-Strahlen angezeigt. Verf. hat in 2 Jahren 8 Patienten durch Lösung der Adhäsionen und Resektion großer Teile des Netzes von ihren Beschwerden befreit und berichtet des näheren über 3 derselben, die alle 3 vorher wegen Appendicitis operiert worden waren, ferner über eine andere Gruppe von Patienten, die bei oberflächlicher Untersuchung an Erkrankungen des Magens oder der Gallenblase zu leiden schienen, und bei welchen die Operation Adhärenzen zwischen Netz und Beckenperitoneum ergab. Lösung derselben und Netzresektion führte auch hier zu „mehr oder weniger" vollständiger Heilung. In der Diskussion bestätigt Deaver die Ausführungen des Verf. *Brentano* (Berlin).

Bengsch: Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 729—739. 1914.

Bengsch bereichert die Kasuistik obiger Erkrankung durch Mitteilung von fünf in Hamburg-Eppendorf zur Operation gekommenen Pfählungsverletzungen. In drei Fällen bildete der Damm bzw. seine Umgebung die Eingangspforte; in einem Fall drang das Pfählungsinstrument unterhalb des Nabels in die Bauchhöhle; in Fall 5 bildete der linke Oberschenkel die Eintrittsstelle. In vier Fällen war das Peritoneum mit eröffnet. Viermal erfolgte die Pfählung durch Fall aus mehr oder weniger beträchtlicher Höhe; einmal verhielt sich der Körper passiv und wurde durch einen maschinell geschleuderten Eisenstab durchbohrt. Von den fünf Patienten wurden zwei geheilt, zwei erlagen dem Schock, einer dem starken Blutverlust. *Rehn.*

Revillet, L.: De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Organes génito-urinaires. (Über Heliotherapie an der See bei Tuberkulose der Baucheingeweide. Urogenitalapparat.) Prov. méd. Jg. 27, Nr. 25, S. 271—276. 1914.

Bericht über sehr günstige Erfolge der mit Seebädern kombinierten Heliotherapie bei Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates. Verf. ist Arzt an dem Kinderseehospiz (Asyl Dollfus) in Cannes. Es werden sowohl allgemeine wie lokale Sonnenbäder verabfolgt. Bedingung ist sehr langsames Steigen der Bestrahlungsdauer und genügend lange Fortsetzung der Kur. Die Kinder nehmen den ganzen Winter durch Seebäder! — Bei Frauen mit Genitaltuberkulose, alten Exsudaten, Amennorrhöe und Dysmennorrhöe ist der Erfolg ganz besonders eklatant. *Posner* (Jüterbog).

Bauchwand:

Söderbergh, Gotthard: Quelle est l'innervation radiculaire des muscles abdominaux? (Welches ist die radikuläre Innervation der Bauchmuskeln?) Rev. neurol. Jg. 22, Nr. 9, S. 629—634. 1914.

Für die noch immer nicht genau bekannte Wurzelinnervation der Bauchmuskeln waren vom Verf. an der Hand eines klinischen Falles bereits früher einige Angaben gemacht worden, die klinisch insofern wichtig waren, als es dadurch möglich wurde, ein oberes, mittleres und unteres Abdominalsyndrom für die Wurzeln bzw. D. 7, D. 8—D. 9 und D. 10 festzulegen: im ersteren Falle blieb der Nabel beim Husten unverschieblich, während die Mittellinie nach der gesunden Seite abwich, im zweiten Falle wich der Nabel bei unwillkürlichen Bewegungen nach der kranken Seite ab, im dritten Falle nach der kranken Seite und oben oder nach der gesunden Seite und unten. Nunmehr beschreibt Verf. einen Fall, bei dem es sich wahrscheinlich um eine circumscripte Spinalmeningitis handelte und bei dem sich, sobald die Bauchmuskeln kontrahiert wurden, ein Abweichen des Nabels nach der gesunden Seite und nach oben beobachten ließ, was auf eine Parese des linken Obliquus internus wies. Von den Bauchdeckenreflexen fehlte nur der linke untere. Die Sensibilität war intakt bis auf eine hyperästhetische Zone im Gebiete der linken X.—XII. Wurzeln. Dieser Befund legt es nahe, daß der M. obliquus internus von der X. Wurzel innerviert wird, eine Tatsache, die von großer Bedeutung für die Höhendiagnostik wäre. Wenn man nämlich erst über die Innervation aller einzelnen Bauchmuskeln genau informiert wäre, so brauchte man nicht, besonders bei extramedullären Tumoren, zu warten, bis durch die zunehmende und gefährliche Kompression die Sensibilitätsstörungen fest umschriebene Grenzen erlangt haben. *Misch* (Berlin).

Guibé, Maurice: Les adénomes de l'ombilic. (Die Adenome des Nabels.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. 22, Nr. 4, S. 279—298. 1914.

Die echten Adenome des Nabels bieten eine Reihe von anatomischen und klinischen Eigentümlichkeiten. Auffallend ist vor allem, daß nur das weibliche Geschlecht betroffen wird. Diese Tatsache hat auch dazu geführt, zur Pathogenese der Geschwülste, die ihrem Bau nach den Adenomyomen des Uterus gleichen, verirrte Uteruskeime heranzuziehen. Andere betrachten die Schweißdrüsen als Ausgangspunkt, andere Reste des Canalis omphalomesentericus, andere endlich das Peritoneum, was aber wenig Wahrscheinlichkeit für sich hat. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich entzündliche Prozesse und Carcinome in Betracht. Die mikroskopische Untersuchung wird die Entscheidung geben. Die Therapie hat in der operativen Entfernung der Geschwulst zu bestehen. *Stettiner* (Berlin).

Bauchfell:

Morris, Robert T.: Peritoneal adhesions of the insidious toxic group. (Peritoneale Adhäsionen der tückischen toxischen Gruppe.) Proctologist Bd. 7, Nr. 2, S. 53—55. 1913.

Diese Adhäsionen entstehen infolge von Durchwanderung von Bakterien und deren Toxinen durch die Darmwand, und sie entstehen hauptsächlich in der Umgebung des Coecums und der Flexura sigmoidea, des Pylorus, der Gallenblase und der Gallenwege. Intestinale Stase und toxische Substanzen, welche durch die Leber sezerniert werden, scheinen ihre Entstehung zu begünstigen. Innere Behandlung, welche die intestinale Fermentation herabsetzt, setzt auch die Tendenz zur Bildung solcher sich unmerkbar entwickelnden Adhäsionen herab, wenn aber infolge dieser Adhäsionen bereits Jacksonsche Membran oder Lanesche Knickung entstand, wird die Darmpassage dermaßen beeinträchtigt, daß zum chirurgischen Eingriff geschritten werden muß. Anstatt der meist empfohlenen Entfernung des Kolons wird die Lanesche Ileosigmoideostomie empfohlen, welche allerdings zu häufigen Stuhlentleerungen (4—5 täglich) führt. *Pólya* (Budapest).

Schwers, Henri: Péritonite streptococcique d'origine génitale chez une petite fille de deux ans et quatre mois. (Streptokokkenperitonitis genitalen Ursprungs bei einem Mädchen von $4^1/_2$ Jahren.) Arch. de méd. des enfants Bd. 17, Nr. 6, S. 441-444. 1914.

Es handelte sich um eine durch Endometritis und Salpingitis hervorgerufene Bauchfellentzündung. In dem Eiter beider Tuben fanden sich reichlich Streptokokken. Die klinische Diagnose hatte eine Peritonitis ex appendicitide angenommen. Das Kind starb 4 Stunden nach der Laparotomie. Man soll bei Streptokokkenperitonitiden, bei denen der Wurmfortsatz intakt gefunden wird, auch im Kindesalter an die Möglichkeit des Ursprungs von seiten der Genitalien denken. *Stettiner* (Berlin).

Marfan, A.-B.: Sur la tuberculose chronique du péritoine dans la première enfance avec des considérations sur les diverses formes de gros ventre chez le nourrisson. (Über die chronische Peritonealtuberkulose in der ersten Kindheit mit Betrachtungen über die verschiedenen Formen des dicken Bauches beim Säugling.) Nourrisson Jg. 2, Nr. 3, S. 129—144. 1914.

Verf. bespricht die Erscheinungsformen der Peritonealtuberkulose im Säuglingsalter und macht insbesondere auf den schleichenden, schwer erkennbaren Charakter dieser Erkrankung aufmerksam, die oft erst bei der Obduktion diagnostiziert wird. Mit ganz geringen Erscheinungen, Anziehen der Beine, gelegentlichen Verdauungsbeschwerden, subfebrilen Temperaturen, nur geringer Zunahme oder Abmagerung zieht sich die Krankheit hin, bis sie auf einmal durch starke Schmerzen, Erbrechen sich zum schlechteren wendet und gewöhnlich rasch zum Tode führt. Bezüglich der Therapie weist der Verf. auf Allgemeinbehandlung der Tuberkulose hin, lokal lobt er die Applikation von heißen Kompressen auf das Abdomen. Das Wichtigste ist die Stellung der Frühdiagnose, die durch Cutanreaktion erleichtert scheint. — Im zweiten Abschnitte der Arbeit wird das Vorkommen des stark vergrößerten Abdomens bei den verschiedenen Säuglingskrankheiten erörtert. Er unterscheidet außer dem normalen voluminöseren Abdomen der Säuglinge (im Vergleich zu dem der Erwachsenen) den tympanitischen und den schlaffen großen Bauch. Letzterer ist gekennzeichnet durch die Erschlaffung der Bauchdecken und deutet nach dem Verf. auf verminderte Verdauungstätigkeit oder Allgemeinerkrankungen, die wie intestinale Störungen den Muskeltonus im allgemeinen herabsetzen, so insbesondere das Hinzutreten von Rachitis, bei der wir ja immer eine besondere Muskelschwäche konstatieren können. Der tympanitische große Bauch der Säuglinge wird häufig durch Blähungen vorübergehend hervorgerufen und kann dieser Zustand bei neuropathischen Kindern nach dem Verf. einen hohen Grad erreichen. Dauernder allgemeiner Tympanismus deutet immer auf schwerere intraperitoneale Störungen, wie wir sie bei schweren Dysenterien verschiedenster Ätiologie, Peritonealtuberkulose oder schließlich bei Okklusionsprozessen antreffen können. Eine Krankengeschichte einer tympanitischen Form einer Peritonealtuberkulose bei einem Säugling beschließt die Arbeit. *Spitzy* (Wien).

Hernien:

Imbert, L., et D. Zwirn: Hernies de la ligne blanche sous-ombilicale consécutives à la laparotomie. (Postoperative subumbilicale Hernien der Linea alba.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 3, Nr. 5, S. 476—482. 1914.

Diese Hernien werden selten beobachtet, subumbilicale Hernien ohne vorausgehende Laparotomie sind noch seltener. Sie haben die Eigenschaften der epigastrischen Hernien und der Mechanismus ihrer Entstehung ist ähnlich. Sie enthalten meist Kolon und Netz. Sie sind nicht etwa einfache Vorbuchtungen der Bauchwand, sondern echte Brüche, die bis unter die Haut gleiten. Der Anstoß zu ihrer Entstehung ist eine Vermehrung des intraabdominellen Druckes durch Husten usw., die Bedingung dazu ein Locus min. resistentiae, durch Drainage, Suppuration oder mangelhafte Vernähung der Wunde geschaffen. Die Therapie weicht von der der epigastrischen Hernien nicht ab. *Hans Brun* (Luzern).

Hildebrand: Über Eventratio und Hernia diaphragmatica. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 213 bis 224. 1914.

Bei der Eventratio wird die Verlagerung von Baucheingeweiden in

die Brusthöhle dadurch ermöglicht, daß das Zwerchfell außerordentlich erschlafft und gedehnt ist, während es sich bei der Hernia diaphragmatica um eine Continuitätstrennung des Zwerchfells handelt. Sowohl bei den congenitalen Hernien, die meist mit einem vollständigen Fehlen der Scheidewand zwischen Brust und Bauchraum einhergehen, wie bei penetrierenden Stichverletzungen des Zwerchfells liegt ein Bruch ohne Bruchsack vor, dagegen bleiben bei den meist durch Einwirkung stumpfer Gewalt entstandenen erworbenen Hernien die serösen Häute oft erhalten und bilden dann einen richtigen Bruchsack. Die fast immer linksseitige Lokalisation der Verlagerung findet ihre Begründung teils in Entwicklungsstörungen, teils in dem von der Leber auf die Baucheingeweide ausgeübten Druck. Manchmal ist der Grad der Verlagerung derartig, daß fast die ganze linke Brustseite mit Bauchorganen ausgefüllt ist. Da der physikalische Untersuchungsbefund bei der Hernie wie bei der Eventratio beinahe der gleiche ist, so bietet die Differentialdiagnose ohne Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens große Schwierigkeiten. Im Röntgenbild sieht man in beiden Fällen die Verlagerung des Herzens nach rechts und einen von der Mitte nach der linken Brustwand ziehenden nach oben konvexen Bogen. Bei gleichmäßiger Beschaffenheit dieser Bogenlinie, die trotz stets wechselnden Verhaltens, verschiedener Lagerung, verschiedenen Füllungsgrades der darunter liegenden Teile unbeeinflußt bleibt, kann mit ziemlicher Sicherheit auf Zwerchfell geschlossen werden. Gelingt es, die Magengrenze getrennt von der Bogenlinie nachzuweisen, sei es, daß man die erstere durch Betrachtung der peristaltischen Bewegungen, durch Füllung mit Wismut oder Aufblähung mit Luft feststellt, so ist der sichere Beweis erbracht. Gelingt dies nicht, so ist die Bewegung der Bogenlinie beim Atmen differentialdiagnostisch am wichtigsten. In einem Fall Hildebrands bewegte sich der ganze bogenförmige Schatten beim Einatmen gleichmäßig nach unten, woraus sich die Diagnose auf Zwerchfell, bzw. auf Eventratio stellen ließ. Der von Wieting erhobene Einwand, daß im Falle einer Zwerchfellhernie der obere Rand des Magens beim Einatmen gleichfalls herabsteigen müsse, wenn der Magen in der Zwerchfellücke fixiert sei, ist nur bedingt richtig, denn, wenn der Magen auch in einem solchen Falle zunächst die Bewegungen des Zwerchfells mitmacht, so muß aber bei tiefer Inspiration der Druck im Pleuraraum und damit auch im Bruchsack negativ werden und damit ein weiteres Eintreten von Bauchorganen und eine Hebung des Magens stattfinden. Namentlich Herz hat auf diese sogenannte paradoxe Bewegung bei den Hernien hingewiesen. Was die Entstehung der Eventeratio betrifft, so wird besonders von Hofmann der Standpunkt vertreten, daß diese erworben werden könne. Er beschrieb das Bild der sogenannten „chronischen idiopathischen Magenblase", die den Ausgangspunkt der Eventeration darstellen soll. Das Zwerchfell sei aus irgend einem Grunde geschädigt, verliere seine Elastizität und weiche nun vor dem Magen aus; allmählich käme es dann zu einer immer stärkeren Dehnung. Falkenstein berichtet über idiopathische Entartung des Zwerchfells, die in einer Verfettung der Muskelfasern bestand. Fränkel und Benda fanden in einem Fall einseitige fettige Degeneration des Zwerchfells und starke Dehnung des letzteren. Die Hofmannsche Magenblase mit Zwerchfellhochstand konnte Hildebrand in einem Falle selbst beobachten; er glaubt, daß es sich stets um eine rudimentäre Eventeration mit allmählichem Fortschreiten des Prozesses handelt. Eine Eventeration als Unfallsfolge ist auszuschließen.

Saxinger (München).

Magen, Dünndarm:

Kennedy, J. W.: The identity of the lane kink with the Joseph Price elbow. (Die Identität von Lanes Schleife mit Joseph Prices Ellbogen.) New York med. journ. Bd. 99, Nr. 25, S. 1240—1241. 1914.

Auf die heute als Lanes Schleife viel diskutierte Anomalie am untersten Ileum hat Kennedys Lehrer Joseph Price schon vor Jahren bei seinen Wurmfortsatzoperationen aufmerksam gemacht, ihre Form an dem gebeugten Ellbogen erläuternd,

und darauf hingewiesen, daß sie durch Adhäsionen entstanden sei; er hat diese Adhäsionen quer eingeschnitten, vom Darm abgestreift und die Wundfläche quer zur Richtung der Incision übernäht, immer aber auch eine sorgfältige Toilette der gesamten Bauchhöhle angeschlossen. *Gümbel* (Bernau).

Hill, Roland: Congenital pyloric stenosis. (Kongenitale Pylorusstenose.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 5, S. 616—620. 1914.

Die Operation der Wahl ist die Gastroenterostomie, Verf. macht die hintere Gastroenterostomie. Er operierte 10 Fälle mit 5 Todesfällen, hiervon starben 2 infolge mangelhafter Technik, 1 an Meningitis, 2 waren schon zur Zeit der Operation ikterisch. Unter den geheilten Patienten befindet sich auch ein frühgeborenes, 3 Pfund 15 Unzen wiegendes, 3 Tage altes Kind. — Eine frühere Statistik, gesammelt von den Jahren 1898—1905, zeigte eine Mortalität von 46%. Haines sammelte 129 Fälle, hiervon 29 Pylorusdivulsion mit 15 Todesfällen (51%), 76 Gastroenterostomien mit 41 Todesfällen (52%), Bunte berichtet über 7 Fälle mit 4 Todesfällen, Scudder über 14, Stillman über 10 Operierte mit je einem Todesfall und Richter in Chikago über 21 Operierte mit 3 Todesfällen. Die Operation ist schwierig, da der Darm leicht zerreißt und leicht abgeknickt wird. *Pólya* (Budapest).

Caussade: Accidents aigus d'aérophagie. (Bedrohliche Symptome infolge von Luftschlucken). Journ. de méd. de Paris Jg. **34**, Nr. 25, S. 497. 1914.

Patient erkrankte im Verlauf eines gutartigen Abdominaltyphus am siebenten Tag mit allen Zeichen eines Darmverschlusses: starker Meteorismus, vollständige Aufhebung der Darmtätigkeit. Da es sich um einen Neuropathen handelte, so dachte Verf. an die Möglichkeit einer durch Luftschlucken künstlich herbeigeführten Tympanie. In der Tat schwand der Meteorismus sehr rasch nach Medikation von Atropin und Codein, sowie nach Applikation heißer Umschläge auf das Abdomen. Die souveräne Behandlungsmethode ist stets die Magensonde. Nach den Beobachtungen des Verf. kann übrigens die Auftreibung von Magen und Darm tagelang bestehen und durch Herzschädigung sogar den Tod herbeiführen. *Ströbel.*

Tuffier: Stenosi del piloro d'origine biliare. (Pylorusstenose biliaren Ursprungs.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **35**, Nr. 73, S. 771—772. 1914.

Bericht über eine Stenose des Duodenums im Anschluß an eine perforierte Cholecystitis. Die chemische und röntgenologische Untersuchung des Magens ergab normale Verhältnisse, obwohl sich klinisch das Bild eines Magencarcinoms bot. Zweizeitige Operation (Gastroenteroanastomose und Duodenalresektion) ergab Heilung. Verf. betont, daß diese Stenosen nicht allzu selten sind. *Strauß* (Nürnberg).

Perthes, Georg: Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs, nebst Mitteilungen zur Technik der Magenresektion. (*Chirurg. Univ.-Klin., Tübingen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 464—520. 1914.

Perthes hat in drei Fällen von callösem Magengeschwür der kleinen Kurvatur einen Mißerfolg mit der einfachen Gastroenterostomie erlebt, trotzdem durch Röntgenuntersuchung festgestellt wurde, daß die Magendarmverbindung gut funktionierte. Er glaubt, die Ursache dafür in den spastischen Einschnürungen des Magens an der Stelle oder unterhalb des Ulcus suchen zu können. Diese durch jede Nahrungsaufnahme ausgelöste Einschnürung schließt das Geschwür von der günstigen Wirkung der Gastroenterostomie, mag diese nun in einer Erleichterung der Magenentleerung oder in einer Herabsetzung der Acidität bestehen, aus. Die Resektion dagegen beseitigt nicht nur das Ulcus, sondern auch die von ihm ausgelösten Spasmen, die sich sogar bis in das Gebiet des Pylorus erstrecken können. P. hält deshalb für die penetrierenden callösen Ulcera des Magenkörpers die Querresektion für das allein richtige Verfahren. Schwieriger ist die Indikationsstellung beim callösen Ulcus des Pylorus. Daß letzteres nach der einfachen Gastroenterostomie ausheilen kann, steht außer Zweifel. Andererseits muß aber bei jedem Ulcustumor mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß sich hinter dem vermeintlichen callösen Geschwür ein Carcinom von ulcusähnlicher Beschaffenheit verbirgt; ferner läßt sich die Möglichkeit der sekundären Entwicklung des Carcinoms auf dem Boden des Geschwürs nicht von der Hand weisen. P.

reseziert deshalb callöse Ulcera des Pylorus, sobald er den Eindruck gewinnt, daß das dem Patienten mit diesem Eingriff zugemutete Risiko ein geringeres ist als das der Belassung des carcinomverdächtigen Ulcustumors. Bei einfachen Pylorusgeschwüren begnügt P. sich mit der Gastroenterostomie, ev. in Verbindung mit der Pylorusausschaltung, falls es sich um offene Ulcera handelt.

Technik der Querresektion: Medianschnitt, auf den ev. ein den linken Rectus durchtrennender Querschnitt nach der von P. 1913 angegebenen Methode aufgesetzt wird. Muß beim penetrierenden Geschwür die Nebenhöhle eröffnet werden, so führt P. durch das Loch einen Schlauch in den Magen und verbindet ihn mit seinem zur Empyembehandlung angegebenen Apparat, um den Inhalt abzusaugen. Die Vernähung der beiden Magenlumina nach der Resektion wird durch Verwendung der von Lane angegebenen, von P. etwas modifizierten Gastroenterostomieklammer sehr erleichtert. Sind die beiden Magenöffnungen verschieden groß, so wird vorher die größere durch eine Raffnaht, d. h. eine fortlaufende zirkuläre, sämtliche Magenschichten fassende, überwendliche Naht, entsprechend verkleinert. Besteht gleichzeitig eine organische Pylorusstenose, so muß der ganze aborale Magenteil reseziert und die Operation nach Billroth II beendet werden. Sitzt das Geschwür dicht an der Kardia, so wird unter Umständen die Entfernung des oberen Magenteils, die allerdings meist recht schwierig sein wird, erforderlich.

Resultate: Reine Querresektionen 17, sämtlich geheilt. Pylorusresektionen 13, 2 †; Resektion der pyloruswärts gelegenen Magenhälfte 4, sämtlich geheilt. Resektion der zentralwärts gelegenen Magenhälfte 1; infolge Nahtinsuffizienz gestorben. Von 15 Querresektionen konnten Spätresultate festgestellt werden; sie lauten durchweg günstig (teilweise sehr erhebliche Gewichtszunahme, keine oder nur geringe Beschwerden, guter Appetit). Von den 11 Patienten, die die Pylorusresektion überstanden, starben nach einem Jahr 2 an sicherem, 1 weiterer wahrscheinlich an Carcinom. *Neupert.*

Smit, L.: Ein Fall von doppeltem Volvulus während der Gravidität. Med. Revue Jg. **1914**, Mai-Heft, S. 317—322. 1914. (Norwegisch.)

Ein Fall von Ileus trat während der letzten Periode der Gravidität bei einer 25jährigen Landmannsfrau auf. Spontane Geburt. Die folgende Laparotomie zeigte einen doppelten Volvulus, erstens eine Drehung des S-Romanum von 360° mit totaler Gangrän, zweitens eine Drehung von 180° des ganzen Dünndarms, Coecums, Colon ascendens und der Hälfte des Colon transversums — ohne Ernährungsstörungen dieses Darmteiles. Für die Genese der lezten Drehung hat vielleicht das auffallend lange Mesenterium des gedrehten Teiles des Dickdarms eine Rolle gespielt. Nach Detortion wurde der ganzgränöse Darm vorgelagert und später, nach spontaner Abstoßung und wiederholtem Gebrauch von der Dupuytrenschen Darmklemme der Anus praternaturalis geschlossen. *Asbj. Nilsen* (Kristiania).

Rosenstein, M. M.: Zur Frage der Gastroenterostomietechnik. Chirurgia Bd. **35**, Nr. 209, S. 669—673. 1914. (Russisch.)

Als beste und sicherste Methode soll jene von v. Hacker mit unbedingter Hinzufügung der Braunschen Enteroanastomose gelten, da letztere einen Circulus vitiosus p. op. am besten verhütet. Das beweist folgender von Prof. Napalkoff operierte Fall:

42jähriger Maurer erkrankte im Januar 1912 an Erbrechen, starken Schmerzen im Epigastrium und schwarzen Stühlen. 3monatliche innere Ulcuskur brachte keine Erleichterung. Im September 1912 Gastroenterostomia posterior in Riga. 3 Monate später wieder häufiges Erbrechen nach dem Essen, schlechter Allgemeinzustand. Im Februar 1913 abermalige Laparotomie in Moskau. Die Anastomosenöffnung erwies sich als durchgängig für 3 Finger. Es wurde eine Braunsche Anastomose hinzugefügt. Glatter Heilverlauf und vollständige Genesung.

Verf. verwirft die Methoden von Roux und Hacker-Petersen und macht auf die Vorzüge der queren Laparatomieschnitte, die von Napalkoff bei Magenoperationen seit 3 Jahren angewandt werden, aufmerksam: Übersichtlichkeit, leichter Wundverschluß, gute Narbenbildung, Festigkeit der Bauchwand. *Stromberg.*

Derjushinski, S. F.: Die Resultate eines 17jährigen Kampfes gegen den Magenkrebs. (*Chirurg. Abt. d. Golitzin-Krankenh., Moskau.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 209, S. 714—718. 1914 u. Verhandl. d. 13. russ. Chirurgenkongr., St. Petersburg, Dez. 1913. (Russisch.)

Verf. tritt energisch für die operative Therapie des Magenkrebses ein und stellt die Grenzen eines radikalen Eingriffes sehr weit: sogar ein einzelner Krebsknoten in der Leber soll nicht

davon zurückhalten. Seine Ansichten hat Verf. nicht nur als Chirurg durchgeführt, sondern auch an sich persönlich bekräftigt, indem Prof. Roux in Lausanne im September 1913 ihm wegen Krebs den halben Magen resezierte. Vor dem schlechten Allgemeinzustand des Patienten soll man auch nicht zurückschrecken, da wir kein sicheres Maß für die Widerstandskraft des Kranken besitzen. Wie hierin, so auch hinsichtlich der Ausbreitung des Krebses kann man paradoxale Sachen erleben, indem dekrepide Kranke mit schier inoperablen Affektionen gute Dauerresultate aufweisen und wieder andere bei Initialstadien des Krebses und bester Verfassung trotzdem baldigst an Metastasen zugrunde gehen. Natürlich muß man bei weit gestellten Grenzen der Radikaloperation mit hoher Mortalität rechnen, doch hat man dann auch die Genugtuung eine Reihe von zu Tode verurteilten Kranken jahrelang gesund und arbeitsfähig zu sehen. Der Unterschied in der Mortalitätsziffer verschiedener Autoren hängt natürlich von der Schwere der Fälle ab. Es wäre daher erwünscht die operativen Fälle in 3 Stadien einzuteilen und die Mortalität für jedes gesondert zu berechnen: 1. vollständig beweglicher Magen; 2. leicht zu überwindende Verwachsungen — in beiden Stadien die Resektion außerhalb der Bauchhöhle möglich; 3. so feste Verwachsungen, die ein Operieren in der Tiefe der Bauchhöhle erfordern. Verf. macht noch darauf aufmerksam, wie heimtückisch oft die Krebse verlaufen, und appelliert daher, auf sein eigenes Beispiel hinweisend, an die Therapeuten, jeden Fall, der bei Reduktion der Ernährung und schwerer Anämie in 3—4 Monaten nicht gebessert werden kann, dem Chirurgen zur Probelaparotomie zu übergeben. Von 146 Magenkrebsen wurde in 72 Fällen probelaparotomiert — 49,35%; eine Gastroenterostomie wurde 16 mal — 10,95% angelegt, die Magenresektion 58 mal — 39,7% ausgeführt. Die Mortalität hierbei betrug 67,2%; davon waren 37 subtotale Resektionen mit 73% Mortalität und 21 Pylorusresektionen mit 57% Mortalität. Von 19 Geheilten konnten über 8 weitere Daten erhalten werden: an Rezidiven im Laufe des 1. Jahres starben 2; es leben nach der Operation 6 Monate — 1, 2 Jahre 8 Monate — 1, 3 Jahre — 1 (Tod an Lungenentzündung), 3 Jahre 9 Monate — 1, 4 Jahre — 1 und 7 Jahre 4 Monate — 1. *Stromberg* (St. Petersburg).

Frolowsky, W. W.: Zur Frage der Indikationen und der Art des Eingriffes bei akuten Perforationen des Ulkus ventriculi et duodeni. (*Chirurg. Abt. des Alten Stadtkrankenh., Odessa.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 209, S. 674—713. 1914. (Russisch).

Verf. hat die in der russischen Literatur publizierten Fälle zusammengestellt und fügt zu 17 Ulcusperforationen des Duodenums drei eigene Beobachtungen, zu 41 Perforationen von Magengeschwür zwei eigene Fälle bei. In allen Fällen des Verf. war die Perforation mit starken Schmerzen verbunden, die Operation erfolgte in 2—8 Stunden nach derselben, einmal wurde als Ausgangspunkt die Appendix angenommen, während in den übrigen Fällen die Diagnose exakt gestellt werden konnte; in allen Fällen wurde die Perforationsöffnung durch isolierte Netzplastik überdeckt, die Bauchhöhle tamponiert und volle Heilung erzielt. — An der Hand der in Tabellenform übersichtlich geordneten russischen Fälle bespricht Verf. die einzelnen Punkte des Krankheitsbildes. Die verhältnismäßig geringe Zahl der russischen Fälle zu den großen ausländischen Statistiken (Brunner, Dege, Petren u. a.) erklärt Verf. zum Teil durch das seltenere Vorkommen des Magengeschwürs (ca. 0,5% zu 5% in Berlin oder 17% in England), zum Teil durch die niedrige Kultur im Lande, weswegen viele Fälle nicht registriert, andere wieder schon mit Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis moribund ins Krankenhaus eingeliefert werden. Aus der Statistik des Verf. ergeben sich folgende Daten: Verhältnis der Perforationen des Ulcus ventriculi zu jenen des Ulcus duodeni, wie 2,4: 1; das Alter schwankte zwischen 18—64 Jahren; das Verhältnis von Männern zu Frauen ca. 8: 1. Das Hauptinteresse beansprucht die Frühdiagnose, indem am wichtigsten eine Differenzierung von solchen Erkrankungen, die der Regel nach konservativ behandelt werden, durchgeführt werden muß. Das sind hauptsächlich Leber-, Nieren- und Bleikoliken, dann akute Pancreatitis, seltener Thoraxerkrankungen und endlich sogar Hysterie. Auf Grund einer ausführlichen Besprechung der differentialdiagnostischen Merkmale kommt Verf. zum Schluß, daß in den meisten Fällen die richtige Diagnose zu stellen sein werde. Chirurgische Hilfe muß so früh wie möglich einsetzen, da Abwarten dem Todesurteil gleichkommt. Die Mortalität ausländischer Statistiken schwankt zwischen 28—47%, jene der russischen Fälle ist gleich 37%. Verf. behandelt die Bauchhöhle trocken, die Perforationsöffnung, die durch stärkere Injektion des Bauchfelles in ihrer Umgebung hervortritt, wird mit isoliertem Netz übernäht, die Bauchhöhle tamponiert. Nach der Operation hält Verf.

intramuskuläre Injektionen von Sol. Chinini bisulfurici 3,0: 36,0 zu 5,0 × 2—3täglich für angebracht; es soll der Allgemeinzustand, die Temperaturen, der Puls und die Peristaltik günstig beeinflußt werden. Die Gastroenterostomie als ergänzenden Eingriff hält Verf. in solchen Fällen für überflüssig. Seine 5 Fälle mit 100% Genesung dank der Frühdiagnose, der Operation innerhalb von 12 Stunden, dem verhältnismäßig jungen Alter (22—44 Jahre) und gutem Ernährungszustande der Kranken zeigten bei der Nachuntersuchung nach 1 resp. 2 Jahren keinerlei merkliche Beschwerden. Bei der Nachbehandlung der Operierten ernährt Verf. dieselben 5—6 Tage nur per klysma. *Stromberg* (St. Petersburg).

Ssawkoff, N. M.: Zur Frage über die Dauerresultate nach Gastroenterostomie. (*Landschaftskrankenhaus i. Rudnjansk.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 209, S. 651—668. 1914. (Russisch.)

Verf. tritt für die Gastroenterostomie zur Therapie des Magengeschwürs ein, indem er als Beleg seine Erfahrungen an 23 Fällen, die wiederholt systematisch mit den üblichen Untersuchungsmethoden kontrolliert wurden, mitteilt. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich von 7 Monaten bis 2,5 Jahren, in der Hälfte der Fälle über 1 Jahr. In 13 Fällen, die von $^1/_2$—8 Jahre krank gewesen waren, konnte nach der Operation eine Abnahme der Magensekretion, die 9mal wieder normale Werte erreichte, konstatiert werden. 12 von diesen Kranken waren als vollkommen geheilt zu betrachten. In den übrigen Fällen, in denen es sich oft um sehr ausgesprochene Leiden, um callöse Geschwüre und starke Magenerweiterungen handelte, meist bedeutende Besserung der subjektiven Beschwerden. In der größten Zahl der Fälle nahm die Resorptionskraft, die mit der Jodkaliprobe geprüft wurde, zu. Die Motilität des Magens zeigt nach der Gastroenterostomie in der Mehrzahl der Fälle eine ausgesprochene Besserung, ausgenommen die Fälle, in denen eine zu bedeutende Atonie der Muskulatur vorgelegen hatte. Verf. sieht die Erklärung hierfür nicht so sehr in der mechanischen Rolle der angelegten Anastomose, die für die Magenentleerung gewiß von großer Bedeutung ist, wie in der chemischen, die Magensäure neutralisierenden, durch Einfließen von Galle und Pankreassaft bedingten Seite dieser Operation. Dadurch werden die Säurereflexe dem Pylorus gegenüber gemildert, dessen Tätigkeit geregelt und die Magenentleerung begünstigt. Als beste Methode der Gastroenterostomie erkennt Verf. jene von Hacker-Braun an, bei der er keinmal Komplikationen erlebt hatte. Um einer konsekutiven Verengerung vorzubeugen, rät Verf. eine weite, 7—8 cm large Anastomose anzulegen. Die entzündlich-geschwürigen Magenveränderungen können nach der Gastroenterostomie vollständig zurückgehen und zur Ausheilung kommen. Die Magenresektion bei Ulcus hat, von der höheren Mortalität zu schweigen, keinerlei Vorzüge, da sie die Magenfunktion und die Ursache der Geschwürsbildung in keiner Weise beeinflußt. Vom physiologischen und klinischen Standpunkte aus muß der Gastroenterostomie der Vorrang gegeben werden. Tabellarische Zusammenstellung der successiven Untersuchungsbefunde bei den genannten 23 Fällen. *Stromberg.*

Galpern, J. O.: Sarkom des gastrokolischen Ligaments. (*Landschaftskrankenh., Twerj.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 571—574. 1914. (Russisch.)

44jähriger Mann erkrankte vor $^1/_2$ Jahre an einer schnellwachsenden Bauchgeschwulst ohne subjektive Beschwerden. Die zweifaustgroße, harte, höckerige und wenig druckempfindliche Geschwulst befand sich auf Nabelhöhe, war frei beweglich, außer nach unten. Röntgenoskopisch hing sie mit der großen Magenkurvatur von außen zusammen. 13. XII. 1912 Laparotomie: es wurde aus dem Lig. gastrocolicum ein 1 kg schwerer Tumor ausgeschält, danach das Col. transvers. am Magen fixiert. Auf dem Durchschnitt — 16 × 12 cm — zeigte der Tumor faserige Beschaffenheit mit einer zentralen Zerfallshöhle. 4 × 5 cm. Mikroskopisch: Fibrosarcoma. Glatter Wundverlauf. Im Mai 1913 kehrte Pat. wieder mit einem großen inoperablen Rezidiv. *Stromberg* (St. Petersburg).

Jakubowski, A. J.: Ein Fall von Gangrän des Meckelschen Divertikels. (*Sophienkrankenh. in Smela bei Kijew.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 577-579. 1914. (Russ.)

Dobrochotoff, W.: Zur Frage der Darmobstruktion nach Laparotomie. (*Chirurg. Abt. d. Alten Stadtkrankenh., Odessa.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 585—591. 1914. (Russisch.)

Gamolko, I. A.: Zwei Fälle von Meckelschem Divertikel als Bruchinhalt. (*Landschaftskrankenh., Shisdrin.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 580—584. 1914. (Russisch.)

Coenen: Eine seltene Form von Ileus infolge von Situs inversus mit Gravidität. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 587—588. 1914.

27jährige Frau, die abgesehen von einem heftigen Schmerzanfall vor 5 Jahren immer gesund war, schwanger im 5. Monat, erkrankt mit heftigen Schmerzen in der Nabelgegend, die im Laufe von 5 Tagen zugleich mit Erbrechen und Stuhlverhaltung allmählich zunehmen. Die Laparotomie ergibt, daß der Dickdarm in der linken Bauchseite vollständig fehlt, das stark geblähte Coecum ist mit der Appendix in das Epigastrium etwas nach links verlagert, rechts davon findet sich eine stark gedrehte Dickdarmschleife, von der eine vollständig kollabierte Dickdarmschlinge gedoppelt in die Bauchhöhle nach rechts unten herabhängt, an ihrem Ende oben wieder abgebogen ist und dann geradlinig in das Rectum übergeht. Es wird eine Anastomose zwischen geblähtem und kollabiertem Dickdarm angelegt. Nahtinsuffizienz. Peritonitis. Exitus. Die Sektion ergibt einen Situs inversus (Leber links). Die Flexura coli ascendens lag rechts, von dort aber führte das Colon transversum nach unten in die rechte Bauchseite, scheitelte sich hier in der Tiefe in der Flexura (lienalis), so daß das Colon descendens eng an das Colon transversum gelehnt, wieder aufstieg. Die an sich vorhandene pathologische Knickung an der Flexura coli dextra wurde durch das Hochdrängen des Colon ascendens infolge der Gravidität verschärft und führte so zu vollständigem Verschluß. *Bergemann* (Berlin).

David, Oskar: Dilatationen des Duodenums im Röntgenbild bei direkter Füllung. (*Med. Univ.-Klin., Halle a. S.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **22**, H. 2, S. 208—213. 1914.

Verf. hat eine Methode zur direkten Füllung des Duodenums (Füllung des Duodenums mittels des Duodenalschlauches) mit dem Kontrastmittel angegeben, wodurch sich die ganzen Wandkonturen desselben besser darstellen lassen, als bei dem flüchtigen Durchpassieren einer geringen Menge Speisebrei. Auch nur wenig stenosierende Prozesse, welche bei der bisherigen Röntgendurchleuchtung nur unvollkommen zur Anschauung gebracht wurden, lassen sich dadurch zur Ansicht bringen. Die Richtigkeit der dadurch gewonnenen pathologischen Duodenalbilder konnte er in 3 Fällen bei der Laparotomie feststellen: es handelte sich jedesmal nur um geringe organische Verengerungen des Lumens, die aber zu ernsten Krankheitsbildern Veranlassung gaben und für den Patienten mit großen Beschwerden verbunden waren. Das Charakteristische zur Diagnosenstellung ist hierbei weniger die geringe Verengerung als die sekundäre Erweiterung, die bei der vollen Füllung des Duodenums deutlich zur Ansicht kommt. Bei Erweiterungen des Bulbus findet sich im Scheitel desselben stets eine große Luftblase, eine Beobachtung, die man zwar auch bei normalem Duodenum macht, aber nicht mit gleicher Konstanz. *Oehler* (Freiburg i. Br.).

Case, James T.: The Roentgen findings in gastric and duodenal ulcer. (Die Röntgenbefunde bei Magen- und Duodenalgeschwüren.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 739—749. 1914.

Der Vortrag bringt 20 instruktive Radiogramme und ist nach folgenden Gesichtspunkten gegliedert. 1. Befund von Wismutflecken als Ausdruck der Füllung des Geschwürskraters mit Wismut; dieses Verhalten trifft entgegen dem Glauben von Anfängern nur selten zu. Die penetrierenden Geschwüre der kleinen Kurvatur abgerechnet, hat es Verf. nur in 8—10 Fällen operativ bestätigt gefunden. Am Duodenum ist Verwechslung möglich mit Wismutablagerung in der Ampulla Vateri, mit rechtsseitigen Nierenkonkrementen und kleineren Gallensteinen, endlich mit Wismut, das nach Cholecystenterostomie oder spontaner Fistelbildung in die Gallenblase eingedrungen ist. — 2. Füllungsdefekte im Magenschatten; sie sind meist durch

Carcinom bedingt, doch lassen sie ein callöses Geschwür nicht ausschließen. Das Ulc. penetr. ad curvat. minor. stellt sich hingegen als Ausladung des Magenschattens dar (vgl. Punkt 1). Füllungsdefekte im Bulbus duodeni gelten als charakteristisch für das Bestehen eines Geschwürsprozesses mit Beteiligung der Umgebung. — 3. Organische Gestaltsveränderungen des Magens, Sanduhrform und Aussackung desselben. Dieselben werden in typischer Weise durch das penetrierende Geschwür der kleinen Kurvatur hervorgerufen, das zu perigastrischen Adhäsionen führt; doch sind sie auch teilweise spastischer Natur. Besondere Beachtung verdient die „kleine Magenblase" (Ansammlung von Gas oberhalb des im Geschwürskrater lokalisierten Wismutschattens) als beweisend für Ulcus. — 4. Spastische Einziehungen der großen Kurvatur können auch rein funktionell und der Ausdruck irgendwie verursachter Vagusreizung sein. — 5. Abnormitäten der Peristaltik: Hyperperistaltik und Hypertonizität deuten auf Duodenalgeschwür hin, antiperistaltische Wellen auf ein Hindernis in der Pylorusgegend, das aber nicht obstruierend zu sein braucht. — 6. Abnorme Entleerungszeit für den Magen (Bariumsulfat in der Riedermahlzeit beschleunigt die Austreibung!) im Sinne der Verlängerung wird häufig beim Ulc. ad pyl. — mit und ohne Stenosierung — beobachtet, bei Geschwüren des Magenkörpers muß sie nicht vorhanden sein. Beim Duodenalgeschwür entleert sich der Magen hingegen auffallend rasch, wenn nicht ein mechanisches Hindernis besteht. Dies ist hauptsächlich der Grund für 7. Ungewöhnliche Füllung des Duodenums; namentlich die unteren Abschnitte desselben geben fast nur unter schwer pathologischen Verhältnissen ein Schattenbild. 8. Ein duodenaler Druckpunkt muß durchaus nicht mit dem Sitz des Geschwürs daselbst übereinstimmen. Abschließend meint Verf., ihrem jetzigen Stande nach könne die Röntgenuntersuchung zwar nicht als verläßliches Mittel zur Auffindung von Magen-Duodenalgeschwüren angesehen werden, doch dürfte bei chirurgisch zu behandelnden Erkrankungen dieser Organe selten das eine oder andere vorerwähnte Zeichen völlig fehlen. Tatsächlich kommt es noch in so manchen Fällen vor, daß ausgeprägte, operativ festgestellte Geschwüre radiologisch normale Verhältnisse darbieten, während andererseits die Wismutmahlzeit dort Veränderungen nachweisen kann, wo sie am wenigsten erwartet werden. *Fieber* (Wien).

Bonhoff, Friedrich: Über Verdauungsleukocytose bei Carcinoma und Ulcus ventriculi. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 760—767. 1914.

Bonhoff prüfte an einer Versuchsreihe von 14 und 15 Fällen von Magenkrebs bzw. Ulcus die Verdauungsleukocytose nach. Die Versuchsanordnung wurde so gewählt, daß die entscheidende Probemahlzeit, die aus gemischter Kost bestand, auf den Mittag verlegt wurde, nachdem Patient morgens seinen Kaffee und um 10 Uhr ein kleines zweites Frühstück genommen hatte. Verf. nimmt an, daß bei dem seither meist verlangten 16—17stündigen Fasten vor der Versuchsmahlzeit die Leukocytenzahl möglicherweise an und für sich vermehrt wird und auf diese Weise den Versuch beeinträchtigt. Die Leukocyten wurden kurz vor dem Essen und dann 3—$3^1/_2$ Stunden danach wieder in der üblichen Weise mit der Thoma-Zeißschen Zählkammer gezählt. Eine positive Verdauungsleukocytose wurde erst bei einer Vermehrung um 1000 angenommen. Das Resultat war, daß in 90% der Magenkrebsfälle Verdauungsleukocytose fehlte, während bei nahezu allen Ulcusfällen eine beträchtliche Vermehrung sich fand. Verf. empfiehlt demnach die technisch nicht schwierige Methode als geeignet zur Sicherung der Differentialdiagnose mit heranzuziehen.

Draudt (Darmstadt).

Pauchet, Victor: Traitement de l'occlusion post-opératoire et de la péritonite par le siphonage de l'estomac. (Behandlung der postoperativen Magendarmatonie und der Peritonitis mit der Dauerdrainage des Magens) Arch. prov. de chirurg. Bd. **23**, Nr. 5, S. 274—276. 1914.

Verf. empfiehlt aufs wärmste die Anwendung eines Verweilrohres in dem Magen in Fällen

von Magenatonie, wie sie nach Bauchoperationen und bei Peritonitis vorkommt. Das Rohr bleibt so lange liegen, wie noch Mageninhalt abläuft, unter Umständen mehrere Tage. Häufige Tropfeingüsse ins Rectum ersetzen den unter Umständen recht beträchtlichen Wasserverlust des Körpers. *Herzfeld* (Berlin).

Duval, Pierre, et J.-Ch. Roux: Examen fonctionnel radiographique de la caecosigmoïdostomie latérale simple. (Die radiographische Funktionsprüfung bei lateraler Coecosigmoidostomie.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 22, S. 761—766. 1914.

Er wurden eine Anzahl Fälle von Coecosigmoidostomie wegen Obstipation radiographisch nachuntersucht. Die Wirkung besteht nicht in einer direkten Überführung des Darminhaltes aus dem Coecum in das Rectum, sondern ungefähr die Hälfte des Speisebreies geht den normalen Weg. Erst durch die Antiperistaltik des Dickdarmes werden diese Mengen durch die Anastomose in das Rectum entleert. Die laterale Coecosigmoidostomie leistet mehr als die Ileosigmoidostomie und die IleoKolostomie. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Hohlbaum, Josef: Beiträge zur funktionellen Magendiagnostik. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 4, S. 1069—1117. 1914.

Hohlbaum geht nach einem Hinweis auf die Unzulänglichkeit aller für die Differentialdiagnose von Ulcus und Carcinoma ventriculi in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden auf den Wert der Salomonschen und Gluzinskischen Probe ein. Nach Salomon wird nach Vorbereitung des Patienten die Spülflüssigkeit des Magens auf N-Gehalt nach Kjedahl und auf ihren Eiweißgehalt, nach Essbach untersucht. H., welcher die Probe in 35 operativ kontrollierten Fällen nachprüfte, kam gleich den meisten früheren Untersuchern zu dem Resultat, daß sie differentialdiagnostisch nicht verwertbar ist, da sie bei jedem ulcerösen Prozeß im Magen, also sowohl bei Ulcus wie auch bei Carcinoma positiv ausfällt; sie erwies sich aber mehrfach als sehr wertvoll da, wo ihr negativer Ausfall auf einen Prozeß außerhalb des Magens schließen ließ. Da, wo nun in differentialdiagnostischer Hinsicht die Salomonsche Probe nichts nützt, soll das Gluzinskische Verfahren einsetzen. Nach Gluzinski wird der Magensaft dreimal am Tage nüchtern, nach Probefrühstück und nach Probemahlzeit untersucht. Ist in allen drei Versuchen keine freie Salzsäure und keine Erhöhung der Gesamtacidität festzustellen, so muß das Vorhandensein eines malignen Tumors angenommen werden. Die Probe erwies sich dem Verf. als außerordentlich wertvoll. Der Arbeit sind genaue Krankengeschichten beigegeben. *Hohmeier.*

Mallory, William J.: Gastric hypertony and gastro-enterostomy. (Hypertonie des Magens und Gastroenterostomie.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 24, S. 1883—1884. 1914.

Bericht über 5 Fälle von Ulcus, in denen die Gastroenterostomie versagte, das Erbrechen fortbestand. Zu erklären sind solche Fälle durch eine Störung der Motilität des Magens infolge Vagusreizes, ein Zustand, den Eppinger und Hess als Vagotonie bezeichnet haben. Hierbei ist sowohl die motorische wie die sekretorische Funktion des Magens gesteigert (Hyperacidität, Pylorospasmus und erhöhter Muskeltonus mit gelegentlich spastischen Kontraktionen). Neben diesen Symptomen bestehen meist Bradykardie, Störungen des Atmungstypus, Neigung zu bronchialem Asthma, Dermographie, Urticaria, spastische Verstopfung, die mit Diarrhöen abwechselt usw. Röntgen zeigt einen kleinen Magen, der sich langsam füllt, der Brei sickert fadendünn zum Pylorus und die Magenwand ist fest um den Inhalt kontrahiert. — Fälle mit Vagotonie sind von der chirurgischen Behandlung auszuschließen. *Kindl.*

Müller, Wilhelm: Ein Beitrag zur Pathologie der Dünndarmphlegmonen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. **216**, H. 3 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. 25jähr. Bestehen), S. 416—423. 1914.

Die Diagnose der Dünndarmphlegmone wurde klinisch noch nie gestellt. Pathologisch anatomisch ist das Bild scharf umschrieben: ödematöse Schwellung, zum Teil

eitrige Infiltration sämtlicher Schichten des Darms, fast immer mit Ausbreitung des infektiösen Prozesses auf das Bauchfell. Bei Lokalisation im obern Teil des Dünndarms setzt sich die Infektion auf den Pankreaskopf, Mesenterium, Leberpforte (und die regionären Lymphdrüsen) fort. Die Schleimhaut des Darms bleibt intakt oder nekrotisiert je nach der Schwere der interstitiellen Entzündung. Der wahrscheinlichste Entstehungsmodus ist eine Infektion von seiten des Darminnern aus.

Zu den sieben bis jetzt bekannten wird ein achter Fall angeführt: Bei der Operation des 51jährigen Mannes mit der Diagnose Perityphlitis acuta fiel dem Chirurgen der Gegensatz zwischen den geringen Appendixveränderungen und dem trüben, serösen Exsudat auf. Exitus am nächsten Tag unter peritonitischen Symptomen. Phlegmonöse Infiltration von 25 cm Jejunum. Mikroskopisch fanden sich grampositive Streptokokken und Stäbchen; eine Schleimhautläsion war nicht nachzuweisen. *Zieglwallner* (München).

Simon, Paul, et Louis Caussade: Le radio-diagnostic des déformations stomacales. (Die Röntgendiagnose der Gestaltsveränderungen des Magens.) Progr. méd. Jg. 42, Nr. 26, S. 301—305. 1914.

Hasenfeld, Arthur: Diagnose des Magenkrebses mit besonderer Hinsicht auf dessen frühzeitige Erkennung. (*Skt.-Stephan-Spital, Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujság Jg. 12, Nr. 18, S. 238—242. 1914. (Ungarisch.)

Unter 204 Fällen von Magencarcinom seiner Abteilung wurden 56 operiert, hiervon konnte eine Radikaloperation nur in 8 Fällen ausgeführt werden, in 104 Fällen konnte ein operativer Eingriff nicht vorgenommen werden, 43 starben ohne Operation während der Spitalbeobachtung. Die meisten Patienten kommen also schon zu spät in das Spital, und doch, wenn sie nach der Dauer ihrer Erkrankung befragt wurden, gaben sie zumeist die Antwort, daß sie nur 2—4 Monate krank sind und vorher einen sehr guten Magen hatten. Von einer Frühdiagnose kann also in den ersten 2 Monaten der Erkrankung die Rede sein. Bezüglich der Diagnose spielt die genaue Anamnese der scheinbar grundlos auftretenden Dyspepsie die Hauptrolle; die physikalische, biologische, chemische, röntgenologische Untersuchungsmethode der neueren Zeit haben zweifelsohne viel Wichtiges gebracht, aber eine sichere Erkennung im frühesten Stadium ermöglichen auch diese zumeist nicht, und es besteht das Paradoxon zu Recht, daß die große Anzahl der Untersuchungsmethoden, die richtige Diagnose und die frühzeitige Therapie eher hinderlich als nützlich ist, ihre Anwendung verschiebt nämlich den Zeitpunkt des chirurgischen Eingriffes. Die Probelaparotomie bleibt auch für die Zukunft die wichtigste Methode der Frühdiagnose. *Pólya* (Budapest).

Boas, I.: Über das Vorkommen und Verhalten der okkulten Blutungen beim Ulcus ventriculi und duodeni. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 23, S. 1152 bis 1155. 1914.

Auf Grund der Überzeugung, daß floride Ulcera des Magens oder Duodenums sich bei sonstigen vorhandenen anamnestischen und klinischen Verdachtsmomenten nur durch okkulte Blutungen sicherstellen lassen, hat Boas eine besonders feine Phenolphthalinprobe zur sicheren und frühzeitigen Erkennung solcher angegeben.

Technik: Man nimmt mit einem Glasstabe aus der Mitte fester Faeces mehrere bohnengroße Partikel, zerreibt sie in Porzellanschale unter allmählichem Zusatz von Alkohol und 3—5 Tropfen Eisessig und filtriert durch kleines, trockenes Filter. Ist das Filtrat stark braun, so kann man noch 2—3 ccm Alkohol hinzusetzen. Sodann setzt man von der Phenolphthalinlösung 10—15 Tropfen und weiter 2—3 Tropfen einer 30proz. H_2O_2-Lösung zu. Bei Anwesenheit von Blutfarbstoff sofort oder nach kurzem Stehenlassen carminrote, oder bei schwachem Blutgehalte schwachrosa bis rötliche Färbung. Wenn keine oder gelbliche Farbenveränderung: negativ. Bei dünnflüssigen oder breiigen Faeces wird ein Teil dieser in die Porzellanschale gegossen und sonst ebenso behandelt.

Voraussetzung für ein einwandfreies Resultat ist, daß 8—10—12 Tage vorher fleischfreie Kost verabreicht wurde und keine direkten Schädigungen des Magendarmkanales vorhanden waren, die Blutungen erzeugten. Verf. nennt diese Methode die schärfste, die wir besitzen. Dem chemischen Magenbefund usw. rät er möglichst skeptisch gegenüberzustehen. Eine Unterscheidung,

ob das Ulcus im Magen oder Duodenum sitzt, läßt sich noch nicht sicher stellen, auch nicht durch die Allardsche Methode des Ölprobefrühstückes. Erstens kommen stets Läsionen bei der Sondierung vor und zweitens findet man bei Ulcus duodeni auch oft Blut im Magen. Der Symptomenkomplex Moynihans ist schon lange bekannt und führt auch nicht weiter. Boas meint, daß man vorläufig nicht über eine gewisse Wahrscheinlichkeitsdiagnose hinauskäme. Dauernd positiver Fäcesblutbefund in Verbindung mit klinischen Symptomen beweist das Bestehen eines floriden Ulcus. Dauernd negativer Befund spricht dagegen, nicht aber gegen Komplikationen eines alten, abgeheilten Geschwüres. Auch Rezidive können leichter und schneller erkannt werden durch seine obige Methode. Daß die Probe so scharf ist, hat seine Nachteile, aber den sicheren unschätzbaren Vorteil der Erkennung minimalster Blutungen bei Ulcusbeginn (Ulcusculum Virchows). *Weichert* (Breslau).

Treplin: Ein Phytotrichobezoar. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 317—321. 1914.

52 Fälle von Haargeschwulst des Magens sind bekannt. Vorliegender Fall ist ein 6jähriges Mädchen ohne psychopathische Anamnese. Klinisch fand sich ein ziemlich großer, knolliger, beweglicher Tumor der Magengegend, der für tuberkulöse Mesenterialdrüsenpakete angesprochen wird. Die sonst typische Anamnese des Haaressens und Haarabganges fehlte, ebenso Haarerbrechen. Die Operation war leicht, der Tumor fast ein Ausguß des Magens und Duodenumanfangsteiles mit einem Strang bis tiefer hinein. Der Tumor bestand aus Cocosfasern und blonden Haaren, außen schwarz verfärbt (Salzsäure!). Völlige Heilung. Nach $1^1/_2$ Jahren bei Gelegenheit einer Appendixexstirpation konnte kein Rezidiv konstatiert werden. *Weichert.*

Jurasz, A. T.: Die Mobilisierung des Duodenums. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 4, S. 1118—1167. 1914.

104 mal wurde diese Operation an der Klinik Payrs gemacht und zwar mit bestem Erfolg. Die im Jahre 1896 von Vautrin angegebene Operation dient nach Payr hauptsächlich dazu, Steine, die im retroduodenalen Anteil des Choledochus liegen, in den supraduodenalen Anteil zu schieben, und wird an der Klinik immer gemacht, wenn ein Hindernis im papillären oder retroduodenalen Anteil des Choledochus vermutet wird.

Incision des Peritoneums $^1/_2$—1 cm vom Rand des Duodenums entfernt, Abschieben des Darmes bis zum Lig. hepatoduodenale; die Papille und der retroduodenale Anteil des Choledochus kann nun bimanuell untersucht, versteckt liegende Steine gefunden und nach oben massiert werden, wodurch deren Entfernung wesentlich vereinfacht wird. Nach der Extraktion wird mittels Porgeskatheder die Papille sondiert, deren Durchgängigkeit geprüft, indem 10 ccm Kochsalzlösung durchgespritzt werden, sodann der Hepaticus sondiert und mittels T-rohr drainiert.

Die Mobilisierung wird nicht gemacht bei Cholecystitis, bei normalem Choledochus, bei einfachem Hydrops mit Stein- oder Narbenverschluß im Cysticus, bei Empyem oder bei Ulcus duodeni. Für eine eventuell nötig werdende Enteroanastomose bietet die Mobilisierung den Vorteil der großen Beweglichkeit des Duodenums und wird die Operation immer mit Freilegung des Choledochus begonnen und dann erst zur Resektion der Blase übergegangen, um gegebenen Falles die Blase zur Enteroanastomose zur Verfügung zu haben. Nachteile oder Schädigungen durch die Mobilisierung wurden nicht beobachtet. Es werden 104 Krankengeschichten im Auszuge wiedergegeben. *Salzer* (Wien).

Wurmfortsatz:

Lohfeldt, P.: Zwei Fälle von Insuffizienz der Valvula Bauhini bei Perityphlitis chron. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **22**, H. 2, S. 216—217. 1914.

Verf. sah trotz einer großen Zahl von Darmdurchleuchtungen mittelst Kontrasteinlaufs bei Fällen, welche mit der Diagnose „Perityphlitis sive Epityphlitis chron." zur Röntgendurchleuchtung kamen, nur in 2 Fällen den retrograden Übertritt des Einlaufs durch die Bauhinsche Klappe ins Ileum. Die Insuffizienz der Valvula Bauhini ist kein eindeutig zu verwertendes Symptom von Darm-

erkrankung, sondern sie ist nur geeignet, in Verbindung mit auftretender Schmerzhaftigkeit beim Füllen des Coecums mit Kontrasteinlauf die klinische Diagnose „Perityphlitis chron." zu stützen. *Oehler.*

● **Kukula, Otokar: Pathologie a therapie zánětů červu (appendicitis.)** v. Praze, Česká grafická akc. společnost „Unie", 1913. VIII, 812 S. u. 19 Taf. Kr. 26.—.

Das umfangreiche Werk vermittelt die Zusammenstellung Sprengels der tschechischen Literatur und ergänzt jene durch die neueren Forschungsergebnisse sowie durch ein eigenes Material von 1400 operierten Fällen. Die embryologische Darstellung folgt den Studien Znojemskýs, eines Schülers Kukulas. Die makroskopische und mikroskopische Anatomie wird auf Grund eigener mit Abbildungen belegter Untersuchungen aus dem Jahre 1906 abgehandelt. Ausführlich werden die angeborenen und erworbenen Anomalien von Form und Lage besprochen, die Beziehungen des Wurmfortsatzes zu den Hernien und seine Fremdkörper behandelt. Das Vorkommen akuter primärer Typhlitis hält K. für erwiesen, aber für enorm selten; wichtiger sind die chronischen primären Typhlitiden, aber deren Lehre ist noch wenig ausgebaut. In ätiologischer Beziehung hat keine bakteriologische Theorie standgehalten. Bezüglich der Pathogenese beobachtete der Autor die Häufung schwerer Fälle, zu anderen Zeiten wieder solche leichter. Er fand, daß jeder Processus von Erwachsenen chronische Entzündungserscheinungen zeigt, die er als die Ausgangsquelle der manifesten Appendicitis betrachtet. Aus dem gründlichen pathologischen Teile seien einige Anschauungen K. wiedergegeben: Die Begrenzung der Entzündung ist vor allem von der Virulenz der Infektion und der zeitlichen Entwicklung des destruktiven Prozesses am Wurmfortsatze abhängig; bei hochvirulenter Infektion hat der Organismus nicht Zeit, sich durch Adhäsionen zu schützen, bei leichter reagiert er mit der Bildung fibrinösen Exsudats, oder die Begrenzung kommt durch die günstige Lage des Processus, Netzverklebungen, lokalen Meteorismus oder alte Adhäsionen zustande. Die eitrige Exsudation ist das Endstadium der Serosareaktion auf die heftige Infektionsschädigung, der Organismus sucht sich durch Phagocytose gegen die intensive Infektion zu wehren. Im klinischen Teile wird der Trias: Bauchdeckenspannung, thorakale, oberflächliche und beschleunigte Atmung sowie Pulsbeschleunigung die größte diagnostische Bedeutung für die Erkennung der peritonealen Affektion zugesprochen; insbesondere die Pulsbeschleunigung nach Ablauf von 24 Stunden ist stets bedenklich. K. unterscheidet die Appendicitis simplex, die Periappendicitis serosa, die circumscripte sero-fibrinöse bis purulente Periappendicitis und die diffuse Peritonitis. Es finden sich Übergänge, doch hat dies keine praktische Bedeutung, weil das Übergreifen der Entzündung auf die Serosa stets die Operation indiziert. Der Hälfte der nichtoperierten Anfälle folgen Rezidive (in 80% innerhalb der folgenden 2 Jahre), nach eitrigen Erkrankungen seltener. Die Mortalität der Krankheit beträgt 7—10%. Die Blutuntersuchung hat keine große Bedeutung. Bezüglich der chronischen Erkrankungen geht K. wieder auf die alte chronische Typhlitis zurück, für welche er die anatomischen Befunde erhoben hat. Bei der internen Therapie zieht K. die Opiate Abführmitteln vor. Das Frühstadium reicht nur bis zur 24. Stunde, in welchem Zeitraum die mittelschweren Fälle noch begrenzt sind. Innerhalb dieser Zeit operiert er alle Fälle, im intermediären Stadium (2.—5. Tag) nur die ungünstig verlaufenden. Bei Absceßbildung wird nur incidiert, der Processus bloß in technisch leichten Fällen entfernt. Diffuse Peritonitiden werden immer operiert, außer im agonalen Zustande. K. rät zur Intervalloperation. In einfachen und den Intermediärfällen wird der Kammerersche intrarectale Schnitt, sonst der McBurneysche Wechselschnitt verwendet, nur bei kollabierten Kranken pararectal vorgegangen. In 9 Jahren wurden in der Klinik 373 leichte oder verlorene Fälle konservativ behandelt, 1047 operiert (mit 7,6% Mortalität), und zwar 506 akute Fälle (14,8%†), 496 chronische Appendicitiden (0,2%†), 22 Fälle von Spätileus (13,6%†), 18 Bruchappendicitiden (5,5%†). Von den akuten Fällen waren 137 einfache Appendicitiden

oder solche mit serösem bis fibrinösem Exsudat (0%†), 170 lokale Abscesse (7,6%†), 31 beginnende eitrige Peritonitiden (3,6%†), 143 diffuse Peritonitiden (41,5%†).

Klauber (Prag).

Zahradnicky: Über die Erfolge der Appendicitisoperationen im Jahre 1913 und über Erfolge dieser Operationen im Verlaufe 16jähriger Tätigkeit (1898 bis 1913). Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 3, S. 733—752. 1914.

Statistische Angaben über die Appendicitisoperationen des Jahres 1913 im Vergleich zur Gesamtstatistik von 1898—1913, die einen wesentlichen Fortschritt der modernen Technik erkennen läßt. Im Jahre 1913 wurden 137 Fälle mit einer Mortalität von 4 = 2,9% operiert. Die 4 Todesfälle fallen auf 55 mit Gangrän und circumscripter Peritonitis komplizierte Erkrankungen, die somit eine Mortalität von 7,2% ergaben. Von den 137 Fällen wurden 101 im Anfall operiert, unter diesen 53 frühzeitig, d. h. bis zu 72 Stunden vorm Beginn der Erkrankung, von diesen starb 1 = 1,9%; 48 wurden im Intermediärstadium operiert, darunter 3 Todesfälle = 6,3%. Nicht operiert wurden im Jahre 1913 15 Fälle von Appendicitis, von denen 2 = 13,3%, denen wegen Gangrän und schwerer Peritonitis ein operativer Eingriff nicht mehr zugemutet wurde, starben. In der Zeit von 1898—1913 wurden von Zahradnicky 641 Appendicitisfälle operiert mit einer Mortalität von 35 = 5,4%. In 215 Fällen konnte der Eingriff frühzeitig erfolgen, Mortalität: 7 = 3,2% bei Gangrän mit umschriebener, bzw. diffuser Peritonitis; im Intermediärstadium wurden 127 Fälle operiert mit 27 = 21,4% Mortalität bei Gangrän mit umschriebener bzw. diffuser Peritonitis. Insgesamt wurden 342 Fälle im Anfall operiert mit 34 = 9,9% Mortalität; im anfallsfreien Stadium 299 mit 1 = 0,3% Mortalität. In ungefähr $^2/_3$ der zunächst nicht operierten Fälle traten Rezidive ein. Die Tatsache, daß die klinischen Erscheinungen mit dem bei der Operation festgestellten anatomischen Befund oft in großem Widerspruch stehen, wird auch von Z. besonders betont. Eine Operation der diffusen Peritonitis im Intermediärstadium wurde im Laufe der Jahre aufgegeben, weil die Mortalität 100% erreichte. Für die circumscripte Peritonitis erwies sich der Zeitpunkt der Operation als ziemlich gleichgültig. Von den 641 operierten Fällen bekamen 8 Dauerfisteln, von denen 5 spontan, 3 nach Operation heilten. Nur 4 Bauchhernien kamen zur Beobachtung, obwohl eine sehr große Zahl von Fällen drainiert werden mußte. Zahradnicky führt diesen Erfolg darauf zurück, daß er niemals Ligaturen verwandte und neben dem Drain stets durch in Abständen von 2—3 cm angelegte Achternähte die Wundränder aneinanderbrachte. In 9 Fällen (5 nach Frühoperation, 3 nach intramediärer und 1 nach Operation im anfallsfreien Stadium) führte Adhäsionsileus zur Nachoperation: 4 = 44% Mortalität. Vereinzelt wurden kleine Abceßrezidive beobachtet. Bezüglich der Ätiologie legt Z. großen Wert auf die Infektion und glaubt in vielen Fällen die Übertragung von Person zu Person festgestellt zu haben, das Vorkommen familiärer Appendicitis bezweifelt er nicht, wenn er auch unter seinen 641 Fällen nur 22 mit einem Anhaltspunkt dafür fand.

Bergemann (Berlin).

Wolf, Wilhelm: Über Beschwerden nach Blinddarmoperation. (*Garnisonlaz., Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **129** (Festschr. f. Fr. Trendelenburg), S. 685 bis 703. 1914.

Bericht über 83 operierte Blinddarmfälle aus dem Garnisonlazarett Leipzig mit Angabe der Indikation, Technik und Nachbehandlung. Von diesen 83 Soldaten sind 80 wieder dienstfähig geworden und geblieben, was Verf. zum Teil der bald einsetzenden Übungstherapie zuschreibt und einer psychischen Behandlung, die den Rekonvalescenten über die ersten Beschwerden nach dem Aufstehen hinweg bringt und ihm das Zutrauen zu seiner körperlichen Leistungsfähigkeit wiedergibt.

Thiemann (Jena).

Baxter, George Edwin: Appendicitis in infancy. (Appendicitis im Säuglingsalter.) Illinois med. journ. Bd. **25**, Nr. 6, S. 374—381. 1914.

Die Appendicitis geht bei Säuglingen rasch in septische Peritonitis über und hat infolge meist verspäteten Eingreifens eine sehr hohe Mortalität. Differen-

tialdiagnostisch kommt fast nur akute Gastroenteritis und Invagination in Betracht. Krankengeschichte eines 18 monatigen Kindes, bei dem am 4. Tage ein perforierter Wurmfortsatz entfernt wurde und das drei Wochen später unter Erscheinungen von Sepsis und Darmverschluß trotz Enterostomie starb. *v. Khautz* (Wien).

Barr, Richard A.: Chronic appendicitis. (Geschichte über Appendicitis.) Journ. of the Tennessee State med. assoc. Bd. 7, Nr. 2, S. 73—78. 1914.

Dickdarm und Mastdarm:

Clark, John G.: The removal of the colon for obstructive fecal stasis. A report of eight cases. (Die Entfernung des Kolon wegen obstruierender Stauung des Darminhaltes, mit Bericht über 8 Fälle.) Pennsylvania med. journ. Bd. 17, Nr. 7, S. 533—539. 1914.

Die Kolektomie nach Lane wurde ausschließlich an Frauen ausgeführt, die das ganze schwere Krankheitsbild der chronischen Intestinalstase zeigten und sich in desolatem Zustand befanden. Unmittelbares Operationsergebnis: Tod in keinem Falle; Schwinden der Obstipation und merkliche Gewichtszunahme in 5, teilweise Besserung in 3 Fällen. Fernresultat: ein Spättod an Adhäsionsileus, mehrere Monate p. op.; zwei totale Mißerfolge; zwei Besserungen hielten nicht an, so daß das Operationsergebnis wieder zweifelhaft wurde. Verf., der schon früher der Theorie Lanes von der Wertlosigkeit des Kolon skeptisch gegenüberstand, erklärt sich von den Spätfolgen der so überaus eingreifenden Operation als durchaus unbefriedigt, verlangt zur Kritik der Methode die ausführliche Publikation jedes einzelnen Falles und will seinerseits die Indikationsstellung noch mehr als bisher einschränken, d. h. nur die allerschwersten Fälle der Kolektomie unterziehen. *Fieber* (Wien).

Glatzel, J.: Beitrag zur Behandlung der Kotfistel und des widernatürlichen Afters. (*Krankenh. d. Elisabethinerinnen, Breslau.*) Dissertation: Greifswald 1914. 73 S.

Behandlungsmethoden: konservativ, operativ, mechanischer Verschluß. Immer soll versucht werden, eine Kotfistel der Spontanheilung entgegenzuführen. In nicht dringenden Fällen kann ruhig 2—3 Monate gewartet werden, da fast alle Spontanheilungen innerhalb dieses Zeitraumes erfolgen. Äußere Fistelöffnung durch festes Tamponieren breit offen halten, Wismutpaste, Jodoformäther, Jodoformglycerin, Carbolglycerin, Kauterisation, Excochleation. Vorbedingung zur Operation ist unbehinderte Passage des Darminhaltes. Die einzelnen Operationsmethoden werden an der Hand der mitgeteilten Fälle geschildert. *Colin* (München).

Wolkoff, K. W.: Zur Kasuistik der Maisonneuveschen Operation bei äußeren Kotfisteln. (*Talanzewsches Krankenh. in Jadrin.*) Chirurgia Bd. 35, Nr. 209, S. 719 bis 722. 1914. (Russisch.)

34jähriger Bauer wurde wegen Kotfistel in der Blinddarmgegend aufgenommen. Als Kind von $1^1/_2$ Jahren war er mit der Sense hier verwundet worden, so daß die Därme herausfielen. Die Wunde wurde vernäht, doch bildete sich eine Kotfistel, die sich nach $^1/_2$ Jahr schloß. Seitdem ständige Leibschmerzen mit lauten Darmgeräuschen und Darmsteifung. Die Kotfistel öffnete sich spontan und schloß sich wieder vor 3 Jahren, blieb aber konstant seit $1^1/_2$ Jahren, indem die Kotmassen allmählich sich nur durch die Fistel entleerten. Nach reichlicher Abführung und präliminarem Verschluß der Kotfistel wurde operiert. Die Fistel ging vom mittleren Teil des Col. transversum aus, dessen zuführender Schenkel sich von der Dicke eines guten Oberarms mit hypertrophischen Wänden präsentierte, der abführende Schenkel dagegen atrophiert und dünn erschien. Es wurde eine Enterostomose angelegt, die Laparotomiewunde heilte per primam, die Leibschmerzen verschwanden spurlos, das Gewicht nahm zu und 2 Monate später schloß sich die Kotfistel endgültig.

Verf. tritt auf Grund dieser Beobachtung für die Maisonneuvesche Operation, welche von vielen als untauglich bezeichnet wurde, ein und räumt ihr ein entsprechendes Indikationsgebiet in der Reihe anderer, auch radikalerer Eingriffe (Resektion) ein. *Stromberg* (St. Petersburg).

Tichonowitsch, A. W.: Zur Frage operativen Vorgehens bei kongenitaler Anusatresie. (*Chirurg. Abt. d. Golitzin-Krankenh., Moskau.*) Chirurgia Bd. 35, Nr. 209 S. 723—731. 1914. (Russisch.)

12jähriges Mädchen, aus gesunder Familie, war ohne Anus geboren; seit dem 3. Lebenstage entleert sich der Kot per vaginam, an deren hinterer Wand 2 cm tief vom Eingange eine

2—3 mm große Öffnung in das Rectum führt: Atresia ani totalis. Bei der I. Operation (Februar 1908) wurde das blinde Rectumende herauspräpariert, eröffnet und mit einer gewissen Spannung in die Hautwunde eingenäht. Wundverlauf gestört, am 7. Tage p. op. zog sich der Darm zurück in die Tiefe. Bei der II. Operation (April 1908) wurde das Steißbein reseziert, der Darm wieder in die Hautwunde eingenäht mit abermaligem Mißerfolg. Bei der III. Operation (Mai 1908) wurde das Rectum durch Eröffnung des Douglas mobilisiert, von der Vaginalfistel befreit und durch einen Schlitz der Glutäalmuskulatur links zur Hautwunde hinausgeleitet und eingenäht. Im September 1908 konnte Pat. mit gut funktionierendem Anus, der Kot und Gase aufhielt, ausgeschrieben werden. Die Nachuntersuchung im April 1912 zeigte eine ausgezeichnete allgemeine Entwicklung und überraschend guten lokalen Befund: die Analöffnung war in die Mittellinie gerückt und lag in der Glutäalfalte verborgen; der eingeführte Finger hatte die Empfindung eines richtigen Sphincters; die Funktion war tadellos. Es folgt eine Besprechung des eigenen Falles im Vergleiche zu anderen in der Literatur publizierten ähnlichen Beobachtungen. *Stromberg* (St. Petersburg).

Suárez, Martinez: Eine neue Behandlung der Hämorrhoiden. (*Inst. Rubio, Madrid.*) Rev. iver. americ. de ciencias méd. Bd. **31**, S. 289—291. 1914. (Spanisch.)

Verf. stellt einen Fall vor, der nach der Methode von Dr. Schaak operiert worden war. Bei dieser Methode werden die Knoten mit der nach Art der Nierenstielzange gebogene Quetsche von Dombrowski gefaßt, unterhalb des Instruments Seidennähte gelegt, die Schleimhaut und Haut fassen, nach Abnahme des Instruments werden die Knoten in der Quetschfurche mit der Schnure abgetragen, wonach man die bereits angelegten Nähte knüpft. Verf. empfiehlt die Methode wegen der Leichtigkeit ihrer Ausführung und des Mangels jeglicher Blutung. Die Heilung erfolgt nach 7—10 Tagen. *Lazarraga* (Madrid).

Matignon, J.-J.: Le prurit anal des hémorroïdes latentes. (Pruritus ani bei latenten Hämorrhoiden.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **35**, Nr. **22**, S. 257—258. 1914.

Latente Hämorrhoiden bedingen nicht selten einen sehr intensiven Juckreiz am Anus, der infolge der Bettwärme durch Erweiterung der Hämorrhoidalvenen ganz besonders stark wird. Adrenalinsuppositorien und ganz heiße Waschungen werden infolge der vaso-konstriktorischen Wirkung mit ausgezeichnetem Erfolg dagegen angewandt. *Dorn* (Kempten).

Leber und Gallengänge:

Schottmüller, H.: Beitrag zur Pathologie und Diagnose der Pylephlebitis. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. **3**, H. 1/2 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorf. Krankenh.), S. 277—289. 1914.

Verf. berichtet über zwei sehr instruktive Krankheitsfälle: 1. Akuter appendicitischer Anfall, am nächsten Tag abgeklungen, daher keine Operation; am 3. Tag Schüttelfröste, später ausgedehnte eitrige Thrombose im Wurzelgebiet der Pfortader mit tödlichem Ausgang. — 2. Völlig verschleierte Appendicitis mit ähnlichem, ebenfalls ungünstigem Verlauf. — In beiden Fällen bestand septische Fieberkurve mit Schüttelfrösten und ließen sich aus dem Blut verschiedenartige Kolonien anaerober Keime züchten. Das Bact. coli tritt erst sub finem im Blute auf. Zum bakteriologischen Nachweis der Erreger hat sich die „Zylinderagarkultur" sehr bewährt. Bact. coli allein kann keine Thrombophlebitis erzeugen. In Fällen von retrocoecaler Lage der Appendix soll die Pfortaderinfektion begünstigt sein. Diagnostisch sehr wichtig sind die hohen Leukocytenzahlen. *Kreuter* (Erlangen).

Duhot, E., et G. Siauve: Kyste hydatique du foie. Etudié au point de vue clinique, biologique et thérapeutique. (Leberechinokokkus. Klinische, biologische und therapeutische Studie.) Clinique (Bruxelles) Jg. **28**, Nr. 25, S. 385—391. 1914.

Bei einem Fall mit enormem Echinokokkus der Leber wurde Eosinophilie von 9% und positive Komplementbindung festgestellt. Die Behandlung bestand in Einnähung und Drainage der fünf Liter fassenden Cyste und führte in kurzer Zeit zur Heilung. *Kreuter* (Erlangen).

Sskljaroff, I. P.: Ein Fall von Cholecystogastrostomie mit Gastroenterostomie. Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 575—576. 1914. (Russisch.)

63jähriger Kranke mit intensivem, einen Monat währendem Ikterus, ohne Koliken, ohne Fieber. Bei der Laparotomie wurde die Gallenblase prallgefüllt, der Pankreaskopf verhärtet gefunden; in der Umgebung des Pylorus und Duodenums waren Verwachsungen, die zu

einer Magenerweiterung geführt hatten. Es wurde obengenannte Operation mit gutem unmittelbarem Resultat ausgeführt. Tod nach $2^1/_2$ Monaten an Inanition. *Stromberg.*

Hallbauer, Walther: Regenerationserscheinungen an der Leber bei Trauma, akuter gelber Atrophie und Cirrhose. (*Pathol. Inst., Univ. Jena.*) Samml. wiss. Arb. Nr. 2, S. 5—30. 1913.

Verf. hat bei einem 6jährigen Knaben, welcher an einer Leberruptur 8 Tage nach der Verletzung zugrunde ging, die Regeneration des Lebergewebes studiert und kommt zu folgenden Ergebnissen: Im Bereiche der Verletzung kommt es zu einer bindegewebigen Narbe. Innerhalb der Acini tritt eine Hypertrophie und Hyperplasie der Leberzellen auf, wodurch dieselben an Größe gewinnen und das verloren gegangene Lebergewebe ersetzen. Die Gallengangsepithelien im Bereiche der Verletzung wuchern lebhaft und reifen teilweise zu Leberzellen aus. Dieses neugebildete Lebergewebe ist jedoch funktionell von keiner Bedeutung. Im Gegensatze dazu geht bei der akuten gelben Leberatrophie und bei der Cirrhose, beides Krankheiten, welche nur eine Schädigung des Parenchyms bewirken, die Regeneration nur von den Gallengängen aus. Eine Funktion glaubt Verf. auch hier dem neugebildeten Gewebe absprechen zu müssen.

v. Winiwarter (Oberhollabrunn).

Yagüe, Louis R.: Das Notwendigste bei der Behandlung der Lebercirrhosis. (*Inst. Rubio, Madrid.*) Rec. iver. americ. de ciencias méd. Bd. 31, S. 299—316. 1914. (Spanisch.)

Nach ausführlicher Besprechung der Symptomatologie und inneren Behandlung der Lebercirrhosis, erwähnt Verf. die Operationen von Eck und Zahna, die nach einer Erfahrung nicht angewendet werden sollen, da sie zu keinem dauernden Erfolg führen. *Lazarraga* (Madrid.

Graff und A. Weinert: Warum bleiben nach Exstirpation der Gallenblase so häufig Beschwerden zurück? (*Marienhosp. auf d. Venusberg, Bonn a. Rh.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 339—358. 1914.

Verf. hat 124 Fälle, bei denen er die Gallenblase entfernt hatte, untersucht auf nach der Operation auftretende Beschwerden. 87 davon waren von der Operation an beschwerdefrei; vier Fälle hatten nach der Operation noch einen Anfall, blieben aber von da an gänzlich beschwerdefrei, so daß also 91 Fälle (73,4%) als nach der Operation vollkommen geheilt gelten können. Bei den 33 auch nach der Operation noch mit Beschwerden behafteten Fällen waren diese bedingt: 1. durch wahrscheinlich zurückgebliebene Steine, 2. durch Magen- und Darmstörungen, 3. durch Adhäsionsbildung, 4. durch einen von der Operation zurückgebliebenen Bauchbruch, 5. durch allgemeine nervöse Störungen, deren Zusammenhang mit dem Allgemeinleiden nur zweifelhaft ist. Zur 1. Gruppe gehören vier Fälle (3,2%), zur 2. Gruppe acht Fälle (6,4%), zur 3. Gruppe 12 Fälle (9,7%), zur 4. Gruppe acht Fälle, von denen aber nur drei Beschwerden hatten (also 6,4, bzw. 2,4%) und zur letzten Gruppe sechs Fälle (4,8%). Verf. schildert nun einzelne bemerkenswerte Fälle näher. *Unter Ecker* (Karlsruhe).

● **Mornard, Pierre: Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples du foie.** (Beitrag zum Studium der multiplen Echinokokkuscysten der Leber.) Paris: Vigot frères 1913. 127 S. Frcs. 2.50.

Ohne Neues zu bringen stellt die Arbeit eine ausführliche Monographie der Erkrankung dar, deren einzelne Abschnitte durch die Wiedergabe selbstbeobachteter und entlehnter Fälle erläutert werden. Die im allgemeinen angenommenen Prozentzahlen der multiplen Cysten im Verhältnis zu allen Echinokokkuscysten der Leber hält Mornard für zu gering, er glaubt vielmehr, daß die aus 444 Fällen französischer Autoren gewonnene Zahl von 23% der Wirklichkeit näher kommt. Die Unterscheidung zwischen Rezidivcysten und multiplen Cysten ist oft unmöglich, von vornherein auszuschließen vom Begriff der multiplen Cysten sind aber die mit Tochterblasen gefüllten Cysten und die Cysten verschiedener Organe. Die Diagnose wird selten vor der Operation gestellt, da nur selten mehrere Cysten fühlbar sind. Zuweilen leitet das Mißverhältnis zwischen der Größe einer palpierten Cyste und dem Volumen der Leber auf die richtige Diagnose. Die Prognose ist schlechter als bei den einfachen Cysten, weil häufiger Vereiterungen, Druck auf die Gefäße und cirrhotische Veränderungen vorkommen und ferner der operative Eingriff naturgemäß nach Zeit und Ausdehnung gefährlicher ist. Die Behandlung entspricht vollkommen der bei einfachen Cysten üblichen. Die weiteren Cysten können vom Lumen der ersten aus, durch einen besonderen Leberschnitt oder auch von einem neuen Hautschnitt aus eröffnet werden. Bei mehrzeitiger

Operation soll zwischen den Eingriffen ein Intervall von wenigstens 14 Tagen liegen, damit anaphylaktische Erscheinungen infolge Resorption von Cysteninhalt sowie Narkosenschädigungen vermieden werden. Als Narkoticum verdient der Äther den Vorzug vor dem Chloroform. *Hochheimer* (Bocholt i. W.).

Dudley, F. W.: Amebic dysentery and liver abscess; emetine hydrochloride and aspiration in their treatment. (Amöbendysenterie und Leberabsceß. — Emetinhydrochlorid und Aspiration in ihrer Behandlung.) Therap. gaz. Bd. **30**, Nr. 6, S. 390 bis 392. 1914.

Dudley gibt an, bei der Amöbendysenterie besonders gute Erfahrungen gemacht zu haben mit der Verordnung mit dem salzsauren Emetin. Wenn er die Fälle mit diesem Mittel von vornherein behandelt habe, sei es in keinem Falle zu Leberabscessen gekommen. Vielmehr habe die in den Tropen so verbreitete und gefürchtete Krankheit seit der Einführung dieser Medikation in Manila, seinem Wirkungskreis, jeden Schrecken verloren. Fälle, die bereits mit Hepatitis, dem Vorläufer der Abscesse, eingeliefert seien, seien ohne Absceßbildung schnell ausgeheilt. Bei Fällen mit Leberabscessen genüge die einfache Punktion derselben und die gleichzeitige Behandlung mit dem von ihm empfohlenen Präparat, um restlose Heilung zu erzielen. *Ruge* (Frankfurt a. Oder).

Pankreas:

Deaver, John B., and Damon B. Pfeiffer: Chronic pancreatitis. (Chronische Pankreatitis.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 841—847. 1914.

Die frühen Schwellungen und Entzündungen des Pankreas bringen Verff. mit der Kommunikation der Lymphbahnen der Gallenblase, Duodenum und Leber mit denjenigen des Pankreaskopfes in Zusammenhang. Besonders in der Erkrankung der Gallenblase sehen sie eine Gefahr für Pankreas, und deshalb kommen sie von der Cholecystostomie, welches sie früher nur bei ganz besonderen Indikationen ausführten, immer mehr zurück und erweitern das Indikationsgebiet der Cholecystektomie, welche nach ihrer Auffassung bei jeder chronischen Infektion auszuführen ist, und besonders dann, wenn das Pankreas ebenfalls erkrankt ist. Der Choledochus soll nach jeder Cholestektomie am besten mit T-Röhren drainiert werden. In einer Gruppe von Choledochusobstruktion kann nichts anderes gefunden werden als eine Stenose der Papilla Vateri infolge von Sphincterkrampf oder entzündlichen Veränderungen der Umgebung. Einfache Divulsion mit einer Sonde oder Gallensteinlöffel wirkt in diesen Fällen kurativ. *Pólya* (Budapest).

Jenckel: Postoperative Pankreasnekrose. (48. Kongr. d. Dtsch. Ges. f. Chirurg., 18. IV. 1914.) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **105**, H. 1, S. 272—276. 1914.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 5, S. 822.

Milz:

Hirschfeld, Hans, und August Weinert: Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Milz auf die erythroplastische Tätigkeit des Knochenmarks. (*Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 22, S. 1026—1028. 1914.

Die Untersuchungen beschäftigen sich vor allem mit dem Auftreten von Jollykörpern in den Erythrocyten nach Splenektomie. Bei 5 Kaninchen konnten nach der Milzexstirpation stets Erythrocyten mit Jollykörpern nachgewiesen werden, ebenso, wenn auch nur in sehr geringer Anzahl, in 6 Fällen von, wegen Milzruptur ausgeführter Splenektomie beim Menschen, wobei also keine das Blutleben beeinflussende Erkrankung der Milz vorlag. In sehr großer Anzahl finden sich die jollykörperhaltigen Erythrocyten nach Milzexstirpation bei Anaemia splenica, hämolytischem Ikterus usw., und zwar können dieselben vorhanden sein, ohne daß Anämie besteht. Diese Tatsachen

sind so zu erklären, daß die Milz einen Einfluß auf den Entkernungsvorgang der Erythroblasten in dem Sinne hat, daß es nach Wegnahme dieses Organs für lange Zeit, ev. sogar dauernd zur Ausschwemmung jollykörperhaltiger roter Blutkörperchen kommt.
Roth (Zürich).[M]

Coleman, Warren, and J. A. Hartwell: Splenectomy for pernicious anemia. (Milzexstirpation wegen perniziöser Anämie.) (*Bellevue hosp., New York.*) Med. rec. Bd. 85, Nr. 26, S. 1160—1162. 1914.

Einem 27jährigen Mann mit allen typischen Erscheinungen der perniziösen Anämie wurde nach erfolgloser interner Therapie die Milz exstirpiert. Sie wog 300 g. Histologisch erwies sie sich als sehr blutreich, zeigte Zeichen der Erythro- und Myelogenese, leichte Hyperplasie der lymphatischen Elemente, keine Zeichen von Blutzerstörung, keine Phagocytose roter Blutkörperchen. Extrakte aus der entfernten Milz hatten keine besonderen hämolytischen Fähigkeiten. Der Kranke erholte sich ausgezeichnet, das Blutbild wurde jedoch durch die Operation kaum verbessert. *Kreuter* (Erlangen).

Sellenings, Albert E.: Idiopathic splenomegaly; splenectomy. (Idiopathische Milzvergrößerung; Splenektomie.) New York med. journ. Bd. 99, Nr. 25, S. 1241 bis 1242. 1914.

Bei einem 23jährigen Mann bestand seit dem 1. Lebensjahr eine später stetig zunehmende Milzschwellung. Keine Lebervergrößerung, kein Ascites oder Ikterus. Wassermann negativ. Blutbefund: Hämoglobin 70%; Rote 4800 000; Weiße 8000; Polynucleäre 81%; Lymphocyten 17%; Eosinophile 2%. Exstirpation der Milz. Histologisch handelte es sich um eine chronische interstitielle Splenitis und Perisplenitis mit Herden von dichtem hyalinen Bindegewebe und leichter Verkalkung. Die Ätiologie der Erkrankung blieb unklar. Bedeutende Gewichtszunahme des Kranken nach der Operation. Die entfernte Milz wog 1588 g. *Kreuter* (Erlangen).

Schilling, H.: Über moderne Therapie der Leukämie. (*Lazarus-Krankenh., Berlin.*) Dissertation: Berlin 1913. 46 S. (Ebering.)

Zunächst eingehende Erörterung der Therapie an Hand der Literatur. Besonders der Röntgentherapie. Mitteilung eines bemerkenswerten Falles. Chronische myeloische Leukämie mit riesigem Milztumor und sehr schlechtem Allgemeinbefinden, der mit auffallendem Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Fall beansprucht besonderes Interesse, weil im Anschluß an die Bestrahlung eine Exstirpation der Milz vorgenommen wurde. Frau 41 Jahre alt. Starke, mehrere Tage dauernde Blutung nach Zahnextraktion. Große Schwäche. Schmerzen unter dem l. Rippenbogen. Zunahme der Schwäche. Gefühl von Völle im Unterleib nach ca. 1 Jahr. Aufahme. Leichter Ikterus. Hochgradige Dyspnöe. Links unter Rippenbogen enormer, unbeweglicher, glatter Tumor, bis ins Becken reichend, Mittellinie nach rechts bedeutend überschreitend. Verdacht auf Leukämie durch Blutuntersuchung bestätigt. 425 000 L. Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen wie 1 : 9,5. Hb. 50%. Charcot-Leydensche Kristalle. Polynukleäre neutrophile L. 39,1%. — Myelocyten 44% — Myeloblasten 7,4% — Mastzellen 4,2% Eosinophile 3,6% — Lymphocyten 1,3%; chronische myeloische Leukämie. Arsenkur. Ohne Erfolg. Milztumor enorm: Zwerchfellatmung außerordentlich behindert, wesentliche Beeinträchtigung der Ernährung durch den Milztumor. Indicatio symptomatica zur Splenektomie. Trotzdem zuerst Versuch mit Röngenstrahlen. Ununterbrochen fortschreitende Verkleinerung der Milz. Wesentliche Aufbesserung des Blutbildes: Leukocyten noch 145 000 — polynukleäre neutrophile L. 70,5% — Myelocyten 2,5% — Eosinophile 3% — Mastzellen 4% — Lymphocyten 20%. Hb. 70%. Allgemeinbefinden während Bestrahlung dauernd wohl. 6 Pfund Zunahme. Operation. Nach derselben konstant gleiche Leukocytenzahl und gleiches Prozentverhältnis der einzelnen Formen wie vor Operation. Befinden beim Entlassen recht gut. Bei Nachuntersuchung Blutbefund konstant. — Diese Therapie kam im mitgeteilten Falle zum erstenmal zur Anwendung. *Fritz Loeb.*

Heineke: Zur Frage der Einwirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe, insbesondere auf die Milz. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 26, S. 1311—1312. 1914.

Die Bestrahlung ruft nach den Tierversuchen des Verf. am Milzgewebe regelmäßig sehr ausgedehnte und besonders charakteristische Veränderungen hervor. Die Zerstörung des lymphatischen Gewebes ist aber nur eine vorübergehende. Das zerstörte lymphatische Gewebe regeneriert sich außerordentlich schnell, selbst dann, wenn die Tiere unter der Wirkung einer

tödlichen Strahlendosis stehen, an der sie kurze Zeit später zugrunde gehen. Man kann aus negativen Sektionsergebnissen beim Menschen nicht den Schluß ziehen, daß die Resultate der Tierexperimente, soweit sie die Schädigung der blutbildenden Organe betreffen, für den Menschen keine Geltung haben — wissen wir doch durch zahlreiche Erfahrungen, daß das lymphatische Gewebe beim Menschen genau ebenso auf die Bestrahlung reagiert wie beim Tiere. Ob bei hohen Röntgen- und Radiumdosen eine lebenbedrohende Allgemeinschädigung des Organismus durch Zerstörung des Blutes und seiner Bildungsstätten erfolgt, hängt wohl ganz von der Strahlendosis und vor allem von der Ausdehnung der bestrahlten Fläche ab. Bei lokalen Bestrahlungen scheint Krönigs Technik in dieser Beziehung keine Gefahr zu bedingen, weil die Blutbildungsstätten über den ganzen Körper verteilt sind und weil ihnen eine sehr bedeutende Regenerationskraft innewohnt. *Oehler* (Freiburg i. Br.).

Nebennieren:

Delbet, Paul: Des surrénalites au point de vue chirurgical. (Die Nebennierenentzündung vom chirurgischen Standpunkt aus.) Paris chirurg. Jg. **6**, Nr. 3, S. 288—306 u. Nr. 4, S. 422—436. 1914.

Für den Chirurgen sind die toxischen und infektiösen Veränderungen der Nebennieren von Interesse. Toxische Veränderungen kommen durch verschiedenste Gifte, z. B. Arsen, Phosphor, Quecksilber zustande. Am wichtigsten ist die Beeinflussung durch Narkotica. So manche Chloroformunglücksfälle sind auf Vergiftung der Nebennieren zurückzuführen. Man findet dann mikroskopisch eine starke Abnahme der für den Blutdruck wichtigen chromaffinen Substanz. Eine Vermehrung von Lecithin in der Rindensubstanz kann wohl dabei als Abwehrmaßregel des Organismus aufgefaßt werden. — Akute Nebennierenentzündungen können nach den verschiedensten Infektionen auftreten, weiterhin auch, was chirurgisch von besonderem Interesse ist, nach Verbrennungen, bei Magen- und Uteruscarcinomen, Leberabscessen, vereiterten Cystomen, ja sogar nach aseptischen Operationen. Sie treten als hämorrhagische, eitrig-entzündliche und nekrotische Formen auf. Bei der hämorrhagischen Form kann sich ein mehr oder minder großes Hämaton ausbilden, welches die Nebenniere u. U. ganz verdrängt. Auch Durchbrüche ins Peritoneum kommen vor und führen unter schweren Erscheinungen sehr bald zum Tode. Merkwürdig häufig ist die Nebennierenhämorrhagie bei Neugeborenen, besonders nach Wendung, Zange u. dgl. Die Nebennierentuberkulose ist viel häufiger, als man allgemein annimmt. Sie kann einen akuten und chronischen Verlauf nehmen. Das Organ kann dabei fibrös umgewandelt werden und mit seiner schwartig verdickten Umgebung derart verwachsen, daß das Operieren sehr erschwert ist. Die luetische Entzündung ist relativ selten. Die akuten Fälle verlaufen oft so stürmisch, daß sie, unter allgemeinen Kollapssymptomen, innerhalb weniger Stunden zum Tode führen. Eine Diagnose läßt sich in solchen Fällen kaum stellen. Eine plötzliche starke Blutdrucksenkung deutet allerdings fast immer auf die Nebennieren hin. In den mehr chronisch verlaufenden Fällen bilden sich mehr oder weniger charakteristische Symptome aus, und zwar: Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfälle, Anämie, Delirien; enorme sehr charakteristische Muskelschwäche; Schmerzen im Epigastrium und in der Lumbalgegend; Bronzefärbung der Haut. Das letztere Symptom ist nicht als direktes, sondern als akzessorisches Nebennierensymptom aufzufassen. Es deutet darauf hin, daß der Krankheitsprozeß die Sympathicusfasern mitergriffen hat. Bei Neugeborenen und Kindern zeigen sich häufig nur Krämpfe. Prophylaktisch ist die möglichste Vermeidung allgemeiner Narkose wichtig. Besonders scheint die mehrfache Wiederholung kleiner Chloroformdosen in geringen Zeitabständen für die Nebennieren schädlich zu sein. Organotherapeutisch ist der Nebennierenextrakt dem Adrenalin überlegen. In einzelnen Fällen hat die intravenöse Injektion des 1proz. Extraktes Kranke vom Chloroformtode augenscheinlich errettet.

Chirurgische Eingriffe sind bei chronischen Nebennierenentzündungen durchaus möglich. Von 14 aus der Literatur zusammengestellten operierten Kranken sind 12 geheilt, 2 gestorben. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Harnorgane:

Le Fur, René: Traitement des tumeurs de la vessie et de la prostate par le radium. (Behandlung der Tumoren der Blase und der Prostata mit Radium.) (Soc. d. chirurg. de Paris, séance, 3. V. 1914.) Paris chirurg. Jg. 6, Nr. 4, S. 456—464. 1914.

Le Fur hat zwei Blasentumoren und zwei Geschwülste der Prostata mit Radium behandelt. Bei den ersteren wurden 5 bzw. 8 Zentigramm Radium in Sitzungen von 12—20 Stunden Dauer in dreiwöchigen Intervallen angewendet. Während in einem Fall eine wesentliche, in einem weiteren eine leichte Besserung erzielt wurde, kam es im dritten Fall nach der zweiten Sitzung zu einer rapiden Verschlechterung und der Patient starb 3 Monate nach derselben an Urämie und Kachexie. In einem Fall von Prostatacarcinom wurden zwei Sitzungen mit 5—7 Zentigramm während 8 und 10 Stunden schlecht vertragen, der Kranke erlag unter fortschreitender Kachexie seinem Leiden nach 5 oder 6 Monaten. In dem anderen Fall wurde durch 3 Sitzungen eine wesentliche Besserung erzielt. In allen Fällen Applikation des Radiums mittels Sonde.

Bezüglich der Technik bei Blasengeschwülsten lehnt Le Fur die Behandlung mit der armierten Sonde als zu unsicher ab und empfiehlt prinzipiell die Behandlung von oben her nach Cystostomie. Aber auch bei der Behandlung der Prostata mit Radium sei die Behandlung nach perinealer Incision und Prostatotomie oder nach Cystotomie wesentlich sicherer als die Behandlung mit der Sonde. Verf. ist entschlossen, alle künftigen Fälle so zu behandeln. *Colmers* (Coburg).

Negrete: Ein Fall von Nephrolithiasis. (*Inst. Rubio, Madrid.*) Rev. iber. americ. de ciencias méd. Bd. **31**, S. 291—294. 1914. (Spanisch.)

Heineke, H.: Ein multilokuläres Cystom der männlichen Harnblase. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **3**, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 83—98. 1914.

Verf. beschreibt ein aus der Blasenwand hervorgehendes multilokuläres Cystom, welches in der Annahme eines kongenitalen Blasendivertikels operiert wurde; Abgang von gallertartigen Massen mit dem Harn, tastbarer Tumor, in das Blasencavum hereinhängende, glasig durchscheinende Zotten, welche zur Annahme eines Gallertkrebses im Divertikel berechtigten. Es handelte sich um ein schleimbildendes, multilokuläres, cystisches, gutartiges Adenom, welches sich innerhalb der Blasenwand entwickelt und diese durchbrochen hatte, also um eine der Blase selbst angehörende Geschwulst. Verf. beschäftigt sich im folgenden mit der Frage, ob in der Blase normalerweise Schleimdrüsen vorkommen, da doch nur von solchen adenomatöse Tumoren ihren Ausgang nehmen können. Alle Eventualitäten, wie versprengte Urethraldrüsen, aberrierte Prostatateile, Drüsen, welche ihre Entstehung einer Entwicklungsstörung verdanken, entzündliche Epithelproliferationen u. a. werden erwogen. Verf. erklärt die Bildung von adenomatösen Geschwülsten benigner und maligner Natur aus der Fähigkeit des Blasenepithels, unter dem Einflusse gewisser Reize Drüsen zu bilden, die mit Zylinderepithel ausgekleidet sind und Schleim produzieren; er erwähnt ferner die Untersuchungen, welche über die sog. Cystitis cystica bekannt sind; die Brunnschen Epithelnester bzw. deren Umbildung zu Cysten, Drüsenschläuchen und adenomatösen Bildungen von geschwulstartigem Charakter. Die erwähnten Reize sind meist bakterieller Natur, ev. auch chemischer. Man muß diesen Vorgang als eine embryonale Heteroplasie auffassen, welcher eine Art Schutzvorrichtung gegen die angeführten Reize darstellt. *Rubritius* (Marienbad).

Vinay: Traitement des cystites tuberculeuses par les injections de bacilles lactiques. (Behandlung tuberkulöser Cystitiden mit Injektion von Milchsäurebacillen.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **40**, Nr. 19, S. 655—661. 1914.

Die Erfolge der Milchsäureapplikation bei Larynxtuberkulose, die vielfach auffallende Besserung bacillärer Enteritiden veranlaßten den Verf., tuberkulöse Ulcerationen mit Kulturen von Milchsäurebacillen zu behandeln. Im Tierversuch ergab sich die interessante Tatsache, daß sich bei Meerschweinchen, denen ins Lungengewebe hinein Tuberkelbacillen injiziert worden waren, nach mehrfachen Injektionen von Milchsäurebacillen an derselben Stelle eine weitgehende Kalkablagerung um den tuberkulösen Herd herum vorfand, während sich bei den Kontrolltieren eine Kaverne entwickelt hatte.

Die Technik der Behandlung beim Menschen war folgende: Kulturen des Bacillus bulgaricus wurden auf entrahmte sterilisierte Milch überimpft, nach 12stündigem Aufenthalt im Brutofen wird 10—15 ccm Kulturflüssigkeit in die Blase injiziert (wöchentlich drei Injektionen).

Mit dieser Methode wurden Besserungen erzielt bei Fällen, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Bemerkenswert ist die Schmerzlosigkeit bei den Injektionen und das Nachlassen der Schmerzen im Anschluß an dieselben. Die Behandlung mit lebenden Kulturen ist der Milchsäureapplikation deshalb überlegen, weil die Bacillen sich in der Blase weiter entwickeln und so ständig Milchsäure produzieren. Die neue Methode dürfte sich voraussichtlich auch zur Behandlung tuberkulöser Fisteln, von Nierenbeckenaffektionen, ferner zur Bekämpfung von Cystitiden, nicht tuberkulösen Ursprungs, eignen. *Ströbel* (Marktredwitz).

Graff, H.: Die Koliinfektion der Nieren und ihre Behandlung. (*Marienhosp. a. d. Venusberg, Bonn a. Rh.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 3, H. 1/2 (Festschr. d. Eppendorfer Krankenh. z. Feier d. 25jähr. Bestehens), S. 6—32. 1914.

Zum Teil in Übersichtsreferat schildert Verf. die 3 verschiedenen Infektionsmöglichkeiten der Niere als urogene, ascendierende, hämatogene und lymphogene Infektion. Kasuistisch erwähnt er einen Fall, bei dem nach Perforation des Wurmfortsatzes eine peritonitische Reizung auftrat mit Darmlähmung und profusen Durchfällen. Unter dem Einfluß dieser intensiven Darmschädigung gelangten die Kolibacillen in das Harnsystem und infizierten es. Da nun die Lymphverbindungen zwischen Dickdarm und rechter Niere sehr innige sind, so liegt die Vermutung nahe, daß die Infektion auf dem Lymphwege erfolgt ist. Der Fall kam ohne operative Eingriffe zur Heilung. Über die Durchlässigkeit des Darms für Bakterien sind übrigens die Ansichten wenig geklärt. Manche nehmen an, daß diese nicht nur bei schweren Darmerkrankungen, Dysenterie, Typhus vorkommt, sondern auch bei akuten Darmkatarrhen und stärkerer Obstipation. Für die Infektion auf dem Blutwege spricht die Erfahrung, daß Kolibacillen sich nicht nur häufig in den Nieren festsetzen, sondern auch in der Gallenblase. Galle und Harn scheinen für die Entwicklung des Kolibacillus ganz besonders geeignet zu sein. Ein Aufsteigen der Infektion vom Darm in die Gallenblase ist sehr wenig wahrscheinlich, schon weil im Duodenum der Reichtum an Kolibacillen nicht groß ist, und für die Annahme einer Überwanderung auf dem Lymphwege keine so innige Beziehungen mit der Gallenblase bekannt sind. Der Blutweg ist somit das wahrscheinlichste. Da nun auch eine Übertragung der Infektion von der Gallenblase auf das Nierenbecken bekannt ist, und zwar der rechten und linken Niere, so ist auch hierfür nur die Infektion auf dem Umwege der Blutbahn möglich. Verf. neigt überhaupt zu der Auffassung, daß bei dem Bestehen der 3 Infektionsmöglichkeiten diejenige durch die Blutbahn die häufigste ist. Der Kolibacillus zeichnet sich durch relative Gutartigkeit aus. Für die akute Pyelitis ist die Therapie zunächst eine interne, mit Darreichung großer Flüssigkeitsmassen. Die künstliche Vermehrung der Alkalescenz des Urins als Heilfaktor schätzt Verf. nicht hoch ein, ebensowenig die Übersäuerung. Als souveräne Behandlungsmethode betrachtet er bei Versagen der internen Behandlung die direkte Spülung des Nierenbeckens mit dem Ureterenkatheter. Sie leistet Ausgezeichnetes, wenn es bei einer Kolipyelitis noch nicht zu einer Erweiterung des Nierenbeckens, Verdickung der Wand und Schrumpfung des Nierengewebes gekommen ist. Die Nephritis suppurativa ist bei Koliinfektion meist einseitig, die Infektion bleibt dabei fast immer auf das Nierenparenchym beschränkt und hat die Fähigkeit der Rückbildung ohne operativen Eingriff, während die Staphylokokkeninfektionen viel schwerer verlaufen und schnell irreparable Zerstörung bewirken. Sie behalten diesen Charakter auch, wenn sie mit Koliinfektion vergesellschaftet sind. Verf. spricht den konservierenden operativen Methoden das Wort, ganz besonders der Dekapsulation und der Stichelung der oberflächlichen Abscesse. Die Entfernung des ganzen Organs kommt nur in ganz schweren Fällen in Frage, bei denen durch Konfluieren benachbarter Abscesse eine größere Einschmelzung des Nierengewebes

zustande gekommen ist, oder bei denen eine begleitende Pyonephrose zu ausgedehnter Zerstörung des Organs geführt hat. *Hans Brun* (Luzern).

Labbé, H., et G. Vitry: L'acidité urinaire chez les tuberculeux. (Die Acidität des Urins bei den Tuberkulösen.) (*Clin. méd. Laennec, Paris.*) Presse méd. Jg. **22**, Nr. 46, S. 437—438. 1914.

Bei Tuberkulösen des ersten Stadiums ist die Acidität des Urins normal oder höher als normal. Schreitet die Tuberkulose fort, so sinkt die Acidität des Urins. Phosphate werden im allgemeinen sehr wenig ausgeschieden. Ihre Menge sinkt mit dem Fortschreiten der Krankheit. Die Stickstoffausscheidung ist normal, diejenige der aromatischen Säuren ist erheblich vermehrt. *W. Israel* (Berlin).

Pirondini, E.: Contribution clinique à l'étude de la polyurie expérimentale. (Zum Studium der experimentellen Polyurie.) (*Inst. de pathol. chirurg., univ., et policlin. Umberto I., Rome.*) Journal d'urol. Bd. **5**, Nr. 4, S. 461—500. 1914.

Die experimentelle Polyurie allein ist ungenügend für das Studium der Nierenfunktion. Verf. gibt daher, um gleichzeitig die Harnstoffausscheidung zu bestimmen, 10 oder 20 g Harnstoff in 300 oder 500 ccm destillierten Wassers. Der Urin wird jede halbe Stunde während 2 Stunden aufgefangen und die Harnstoffmenge bestimmt. *W. Israel* (Berlin).

Carlier, V., et Maurice Gérard: La dérivation sus-pubienne des urines dans le traitement des ruptures de l'urètre. (Die suprapubische Ableitung des Urins in der Behandlung der Harnröhrenzerreißungen.) Prov. méd. Jg. **27**, Nr. 23, S. 247—250. 1914.

Die direkte Urethrorraphie über der Verweilsonde gibt fast immer schlechte Resultate, namentlich schützt sie nicht vor der Infektion der geschädigten Partieen. Sie ist fast überall verlassen worden zugunsten anderer Verfahren. In einfachen Fällen kann die Einnähung der Enden der Urethra in die Haut gemacht werden, mit sekundärer Plastik. In der Hauptsache richtet sich das Vorgehen nach dem Zustande, in dem der Kranke eingeliefert wird, d. h. darnach, ob die Wunde aseptisch oder durch Sondierungsversuche infiziert oder durch forcierte Miktionen mit Urin infiltriert ist. In mittleren bis schweren Fällen wird man vorerst für Ableitung des Urins besorgt sein und nachher die Naht der Harnröhre ohne Verweilsonde vornehmen. Besonders dringend ist die Indikation zur Ableitung des Urins in Fällen mit Infektion und Urininfiltration. Nach der Erfahrung der Verff. soll die suprapubische Ableitung, die Cystostomie, dem perinealen Verfahren vorgezogen werden. Den größten Vorzug sehen Verff. in der Einfachheit des Eingriffes; sodann erfüllt sie ihren Zweck auch in den Fällen hoher Ruptur und endlich vermeidet man durch die suprapubische Ableitung ein weiteres Trauma der geschädigten Urethra, das zuerst eine einfache aseptische Wunde ist, durch die Nachbarschaft der gequetschten Partien aber vielleicht infiziert werden kann. *Hans Brun* (Luzern).

Jonnesco, Victor: De la signification de la dégénérescence granuleuse et des lésions cytolytiques dans le rein après ligature ou excision du rein du côté opposé. (Über die Bedeutung der granulären Degeneration und cytolytischer Läsionen in der Niere nach Ligatur oder Excision der zweiten Niere.) Semaine méd. Jg. **34**, Nr. 25, S. 289—294. 1914.

Tierexperimente und histologische Untersuchungen. Ligatur des Nierenstiels oder Nephrektomie rufen unmittelbar Veränderungen in der anderen Niere hervor. Es finden sich darin einerseits Insel mit Cytolyse, granuläre Degeneration der Tubuli contorti, Strukturveränderung der Zellen des aufsteigenden Teils der Henleschen Schleife und Hypertrophie der Glomeruli, andererseits an manchen Stellen eine Vermehrung der Kerne der Epithelien in den Tubuli contorti (Regenerationszentren) und in dem aufsteigenden Teil der Henleschen Schleife. Außer der cellulären Hypertrophie verschwinden diese Veränderungen nach 24 Stunden. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Schwers, Henri, und Albrecht Wagner: Über ein primäres Rundzellensarkom beider Nieren bei einem Kinde. (*Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **130**, H. 1/2, S. 57—84. 1914.

Schwers schildert den Verlauf eines primären Rundzellensarkoms beider Nieren, dessen erstes Auftreten — bei einem 7jährigen Kinde — mehrere Monate nach Überstehen von Masern und Scharlach beobachtet wurde. Der Fall verlief durchaus unter dem Bilde der doppelseitigen, kongenitalen, wachsenden Cystenniere, so daß die Tumordiagnose erst post mortem gestellt wurde wegen der Doppelseitigkeit und eines demjenigen der Cystenniere vollkommen entsprechenden Palpationsbefundes. Bei der mehrmonatlichen Beobachtung konnte durch regelmäßige Untersuchungen (Tabellen) das allmähliche Sinken von A und der Harnstoffausscheidung entsprechend der Ausdehnung des Krankheitsprozesses festgestellt worden. Niemals war Hämaturie aufgetreten und erst kurz vor dem Tode geringe Eiweißausscheidung und urämische Anfälle. — Wagner beschreibt die zu enormer Größe angewachsenen Tumoren post mortem mikro- und makroskopisch. Die Diagnose lautet: primäres Rundzellensarkom beider Nieren mit Metastasen in den retroperitonealen, trachealen und supraclavicularen Lymphdrüsen. Er nimmt an, daß die Scharlacherkrankung möglicherweise ein auslösendes Moment für die Entwicklung der Tumoren abgegeben habe.

Janssen (Düsseldorf).

Watson, B. P.: Primary malignant tumors of the female urethra; with report of a case of cancer and a case of myxosarcoma. (Primäre maligne Tumoren der weiblichen Harnröhre; nebst Bericht über einen Fall von Carcinom und einen von Myxosarkom.) Americ. journ. of obstetr. a. dis. of wom. a. childr. Bd. **69**, Nr. 5, S. 797—806. 1914.

Rückblick auf die bisherigen Veröffentlichungen über die seltenen Erkrankungen.

Krankengeschichten eines Falles von primärem Carcinom der Urethra, das durch ausgedehnte Operation mit nachfolgender Röntgen- und Radiumbehandlung geheilt wurde und über 1 Jahr rezidivfrei ist, und eines Falles von Myxosarkom einer erst 14jährigen Patientin, der inoperabel war. Post mortem konnte der gesamte Beckensitus herausgenommen und gehärtet werden, eine Abbildung bringt ihn im Medianschnitt und zeigt die gewaltige Ausdehnung dieses Harnröhrentumors. Mikroskopische Bilder ergänzen den Bericht. *Kneise.*

Männliche Geschlechtsorgane:

Rominger, Erich: Zur Behandlung der Phimose im Kindesalter. (*Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 21, S. 1170—1171. 1914.

Es wird an Stelle eines operativen Eingriffes eine Dehnung der Phimose mit Laminariastiften empfohlen. Dieselbe haben eine Kegel- oder Keulenform, sind der Länge nach durchbohrt, werden durch am äußeren Ende in 2 queren Bohrungen befestigte Seidenfäden mittels Heftpflaster befestigt und sind von der Firma Pfeiffer in Freiburg in 5 verschiedenen Stärken von 3—7 mm in den Handel gebracht. Von 50 so behandelten Fällen wurden 46 durch die einfache Laminariabehandlung von ihren Beschwerden befreit. 28 nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr nachuntersuchte Fälle zeigten, daß die Phimose beseitigt war. *Stettiner* (Berlin).

Squier, J. Bentley: Indications for operation on the seminal vesicles. (Indikationen für Samenblasenoperationen.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 24, S. 908—910. 1914.

Squier bezieht sich lediglich auf Fälle, die eine Drainage erfordern, und teilt sie ein in eitrige Fälle, schmerzhafte Fälle und Gelenkaffektionen. Bei ersteren bieten die Samenblasenabscesse keine Schwierigkeit für die Indikationsstellung; rezidivierende Epididymitis erfordert neben der Epididymotomie eine Drainage der Samenblasen; größere Schwierigkeiten machen gewisse chronische Fälle, gewöhnlich mit Strikturanamnese, perinealen Schmerzen, erschwerter Defäkation, Tenesmus, häufige Erektionen und Pollutionen, gelegentlich mit Blutabgang und Eiter im Samen. Die zweite Gruppe ergibt meist Calculose als Ursache. Gelenkaffektionen erfordern eine sehr sorgfältige Differentialdiagnose und in Betracht kommen vorwiegend akute und subakute Fälle, wo auf Drainage der Samenblasen meist ein unmittelbarer Erfolg zu erwarten ist.

Draudt (Darmstadt).

Lichtenberg, A. v.: Zur Indikationsstellung und zum operativen Vorgehen bei der Prostatektomie. (*Chirurg. Univ.-Klin., Straßburg.*) Straßburg. med. Zeit. Jg. 11, H. 6, S. 73—75. 1914.

Verf. betrachtet die komplette Retention, alle Zustände mangelhafter Blasenfunktion, die sich durch eine kurz dauernde Katheter-Behandlung nicht bessern lassen, häufigen Harndrang, Schmerzen, Blutungen, starke Cystitis als absolute Indikationen für die Prostatektomie. Es sind nur folgende zwei Postulata zu erfüllen: 1. Muß die Operation geringere Lebensgefahr mit sich bringen als die konservative Behandlung und 2. muß die Operation tatsächlich vollständige Heilung herbeiführen. Durch die möglichst frühzeitige Operation kommt man diesen Forderungen entgegen. Die Freyersche suprapubische Prostatektomie wird als Operation der Wahl angesehen; die Gefahren derselben werden durch Lokal- bzw. Lumbalanästhesie, Tamponade und bei bestehender Infektion und schlechter Nierenfunktion durch das zweizeitige Vorgehen vermieden. Es handelt sich nur darum, die richtige Auswahl zu treffen zwischen den Fällen die einzeitig und denen die zweizeitig operiert werden sollen. Letzteres Vorgehen ist indiziert bei Männern über dem 70. Lebensjahr, bei Lungen- und Herz-Komplikationen, bei Urininfektion und herabgesetzter Nierenfunktion. Eine wichtige Frage ist dann noch die, zu entscheiden, nach welchem Zeitraume der ersten die zweite Operation folgen soll. Hier ist in erster Linie das Ergebnis der Nierenfunktionsprüfung maßgebend.

Rubritius (Marienbad).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Wepfer, A.: Über die letzten 100 Fälle von geplatzter Tubargravidität. 100 Heilungen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 572—577. 1914.

Wepfer weist darauf hin, daß eine verhältnismäßig große Zahl von geplatzten Extrauteringravitäten mit der Diagnose Perityphlitis ins Krankenhaus gelangen. Bei der Differentialdiagnose zwischen geplatzter Extrauteringravidität und Entzündung des Peritoneums hält er die Bestimmung der Blutviscosität für entscheidend. Wenn auch beachtet werden muß, daß die Viscositätswerte je nach Alter und Geschlecht geringe Verschiedenheiten zeigen, so bilden doch die hohen Werte bei eitriger Entzündung des Peritoneums (bis 7,0, mit dem Heßschen Apparat bestimmt) einen schroffen Gegensatz zu den durch Blutung bedingten niedrigen Viscositätswerten (bis 2,8). Auf ein weiteres Symptom, den sogenannte Schulterschmerz, machte Wepfer besonders aufmerksam. Er konnte ihn im letzten Jahre bei 6 wegen geplatzter Tubargravidität eingelieferten Patientinnen beobachten. Es handelt sich dabei um heftige Schmerzen in der rechten Schulter und im Oberarm, die mehrere Stunden nach dem Auftreten der Unterleibschmerzen sich einstellen, und zwar immer nur bei Patientinnen mit geplatzter rechtsseitiger Tubargravidität. Die Schmerzen sind auf das Ausstrahlungsgebiet des Nervus supraclavicularis lokalisiert. Der Schulterschmerz spricht, wenn er vorhanden ist, differentialdiagnostisch für geplatzte Tubargravidität, da es bei Perityphlitis nicht beobachtet wurde. Zur Operation wird der Medianschnitt zwischen Nabel und Symphyse empfohlen. Entfernung der Tube unter möglichster Erhaltung des Ovariums. Sorgfältige Entfernung der Blutmassen aus der Bauchhöhle. Drainage nur bei Infektion. In den letzten 100 Fällen war kein Todesfall zu verzeichnen. Die durchschnittliche Krankenhausbehandlung bei Einrechnung aller Fälle betrug 18 Tage, die kürzeste 10 Tage, die längste 3 Monate (Komplikation durch Thrombose). *Kolb.*

Schmidt, Erwin: Tuberkelknötchen in einem Portiocarcinom. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 19, H. 3, S. 315—324. 1914.

Schmidt berichtet ausführlich unter genauer Beschreibung der histologischen Befunde über einen Fall von Kombination von Carcinom und Tuberkulose des Uterus. 14 Fälle konnte Sch. noch in der Literatur auffinden. Der Fall von Sch. ist der erste, bei dem die Lokalisation die Cervix betrifft. Für die Tuberkulose sprechen die bei der Sektion gefundene floride Tuberkulose der Niere, die an den Schnitten gefundenen Zellkomplexe mit allen Eigenschaften der Tuberkeln und die für den Langhansschen Typus unbedingt charakteristischen Formen der Riesenzellen. Sch. ist in der Diagnose Tuberkulose doch zweifelhaft, da er glaubt, diese Riesenzellen als Fremdkörperriesenzellen auffassen zu müssen. Dafür sprechen ihm die Anwesenheit von Hornsubstanzen, die als Fremdkörper wirken können, das auffallend isolierte Vorkommen der Riesenzellen innerhalb von Krebsalveolen und krebsigen Zerfallsprodukten,

das Vorkommen der tuberkelartigen Bildungen nur zwischen den Krebszapfen, das makroskopische und mikroskopische Fehlen jeder Verkäsung. *Kolb* (Heidelberg).

Lenormant, Ch., et D. Petit-Dutaillis: Indications et résultats de l'opération de Bouilly. Amputation haute du col et colpectomie dans les prolapsus génitaux. (Indikation und Erfolge der Bouillyschen Operation. Hohe Portioamputation und Scheidenresektion beim Genitalprolaps.) Gynécologie Jg. **18**, Nr. 4, S. 241-255. 1914.

Bumke, E.: Epitheliale Neubildungen im rectogenitalen Zwischengewebe beim Weibe, ein Beitrag zur Pathologie des Gartnerschen Ganges. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. **217**, H. 1, S. 83—121. 1914.

Fischer, Aladár: Über Operation der Atresia ani vaginalis. (*Brods Adelspital, Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujsag Mermethorus Jg. **12**, No. 2, S. 13—14. 1914. (Ungarisch.)

Bericht über einen Fall, wo Rissolis Operation mit geringer Modifikation ausgeführt wurde, Hautschnitt in der Mittellinie von der Commissur bis zur Kuppe der Os coccygis. Einführung von Sonden in die Vagina und der rectalen Fistel. Vagina und Ampulla recti werden voneinander getrennt, Rekonstruktion der Vagina. Das Rectum wird sorgfältig, damit die Eröffnung des Douglas vermieden wird, auspräpariert und heruntergezogen. Mit einer tiefen Etagennaht werden die Weichteile zwischen Ampulle und Vagina genäht, dann ein 1—3 cm langer Hautdamm gebildet. Dann wird die Fistel der hinteren Rectalwand aufgeschlitzt und die in dieser Weise gebildete Analöffnung 1 cm vor der Steißbeinspitze in die Hautwunde genäht. Ein 1 und ein 9 Monate altes Kind wurden in dieser Weise operiert und geheilt. *Pólya.*

Obál, Ferenz: Schußverletzungen des graviden Uterus. (*II. chirurg. Klin., Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujság Jg. **12**, Nr. 22, S. 295—298. 1914. (Ungarisch.)

19jähriges Mädchen im sechsten Schwangerschaftsmonat schoß sich in den Bauch. Das Projektil verletzte den Uterus und die Eihüllen. Der Foetus selbst blieb unverletzt, war aber tot. Kaiserschnitt, Entleerung der Gebärmutter, Tamponade. In den ersten 10 Tagen Temperatursteigerungen, heilte aber. Das Projektil wurde mittels Röntgen im Schenkel unterhalb des kleinen Trochanters aufgefunden. Aus der Literatur werden 11 Fälle von der Verletzung des graviden Uterus zusammengestellt; hiervon heilten 6, starben 3, von 2 keine sicheren Angaben. Bei 2 von den Gestorbenen trat der Tod unabhängig von der Uterusverletzung ein, in 1 Falle infolge von puerperalen Komplikationen. In den Fällen der Literatur wurde 5mal der Kaiserschnitt ausgeführt, einmal mit nachträglicher Entfernung des Uterus. Kehr nur nähte die Schußöffnung, in 2 Wochen Frühgeburt, Robinson beendete die Geburt mit hoher Zange und machte hernach die Laparotomie mit Naht der Uteruswunde, Hays Fall heilte ohne Operation, die Geburt ging spontan vonstatten. Verf. hält die Operation mit Kaiserschnitt und ev. Entfernung des Uterus in jedem Falle indiziert. *Pólya* (Budapest).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Müller, Georg: Die gonorrhoischen und syphilitischen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Allg. med. Zentral.-Zeit. Jg. **83**, Nr. 23, S. 255—257 u. Nr. 24, S. 267—269. 1914.

Allgemeine Besprechung der Symptomatologie und Therapie dieser Erkrankungen auf Grund der jüngsten Arbeiten über dieses Thema. Keine neuen Gesichtspunkte. *Glaessner* (Berlin).

Trèves, André: A propos de l'héliothérapie dans les tuberculoses chirurgicales. (Zur Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **18**, Nr. 12, S. 415—425. 1914.

Verf. hält im allgemeinen die französische Riviera für geeigneter zur Durchführung heliotherapeutischer Kuren als das Hochgebirge: die Sonnenstunden seien dort zahlreicher und für die Kur in größerer Anzahl nutzbar zu machen, die Akklimatisation im Hochgebirge erfordere lange Zeit und werde oft gar nicht erreicht. Besonnung im Garten mit Windschutz durch Leinwandschirme oder lebende Hecken wird den Galerien und Veranden vorgezogen. Im Winter könne man die Kur in geschlossenen Glasveranden vornehmen, eventuell seien zur Verglasung für die wirksamen Strahlen durchlässige Spezialgläser zu verwenden. Das Wichtigste bleibe nach wie vor die orthopädische Behandlung, bei Knochen- und Gelenkaffektionen sei von Gipsverbänden, Gipsschienen usw. ausgiebiger Gebrauch zu machen. Absceßpunktionen, Sequesterextraktionen, Excochleationen vermöchten die Heilung sehr zu beschleunigen. Fraglos sei die günstige Wirkung der Heliotherapie

auf den Allgemeinzustand, Hebung der Kräfte, des Appetits, Verschwinden der Schmerzen seien regelmäßige Folge, Muskelatrophien seien leichter vermeidbar. Die lokale Wirkung erstrecke sich dagegen nur auf die Oberfläche, oberflächliche Ulcerationen und Fisteln heilten schnell. Eine Tiefenwirkung wird in Abrede gestellt, die Entwicklung eines im Entstehen begriffenen tiefen Knochenherdes werde ebensowenig aufgehalten wie die Entstehung von Metastasen. Andrerseits meint Verf., daß eine frühzeitige und zweckmäßige orthopädische Behandlung der Gelenkknochentuberkulose auch ohne Heliotherapie feste Ankylosen fast stets zu verhüten vermöge, ebenso Deformitäten. So z. B. sei bei Spondylitis ein Gibbus — sofern nicht schon vorhanden — mit Sicherheit vermeidbar. — André rühmt also die Heliotherapie vorzugsweise wegen ihrer Allgemeinwirkung und ist der Ansicht, daß sie überall mit bestem Erfolge durchführbar ist, am wirkungsvollsten freilich in der französischen Riviera. Hier sollten — besonders für Erwachsene — Seehospize für heliomarine Kuren errichtet werden; das Hochgebirge (Leysin) sei nur vorzuziehen bei Komplikation mit beginnender Lungentuberkulose. Kinder zahlungsfähiger Kreise solle man während der 3—4 Wintermonate an die Riviera schicken, in der übrigen Zeit zu Hause besonnen. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Huntington, Thomas W.: Uncomplicated tuberculous foci in bones and their treatment. (Unkomplizierte tuberkulöse Knochenherde und ihre Behandlung.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 930—936. 1914.

Bei beginnenden bzw. nach langer Latenzzeit wieder manifest werdenden, abgegrenzten, nicht infizierten und mit keinem Gelenk kommunizierenden Herden ist Verf. strenger Anhänger der operativen Therapie. Im Gegensatz zu der Gefahr, die ein Herd bei konservativer Behandlung dauernd für den Gesamtorganismus bildet, wird durch die Frühoperation dieser Herd vollständig eliminiert, die Behandlungsdauer von Jahren auf Monate reduziert, Komplikationen wie Mischinfektion, Durchbruch in Gelenke usw. werden vermieden. Nach Aufmeißelung wird der Herd mit dem scharfen Löffel ausgeräumt. Auf die Epiphysenscheiben wird keine allzu große Rücksicht genommen. Die Höhle wird mit Campher-Phenolgaze austamponiert, die allmählich im Verlaufe von 1—2 Wochen herausgenommen wird. Nach Herausnahme der Gaze Plombierung mit der Beckschen oder der Mosettig-Moorhofschen Paste, Naht, Gipsverband.

16 Fälle: 3 mal oberes, 5 mal unteres Femurende, 4 mal oberes Ende der Tibia, 2 mal innerer Malleolus, 2 mal unteres Ende des Radius. Bei den Herden im Kopf des Femur bahnte sich Verf. mit einem Trepan den Weg vom Trochanter durch den Hals zum Kopf.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 6 Monate. Unter den ersten Fällen trat zweimal Sekundärinfektion auf; sonst recht gute Resultate. *Jüngling.*

Kirmisson: Des angiomes profonds douloureux des membres. (Über tiefgelegene, schmerzhafte Angiome der Glieder.) Bull. méd. Jg. **28**, Nr. 50, S. 643 bis 644. 1914.

Vornehmlich bei jungen Personen, Kindern, entstehen außerordentlich schmerzhafte Angiome, die meist unter den Fascien oder in den Muskeln oder zwischen diesen und dem Periost gelegen sind. Manchmal besteht eine sicht- oder fühlbare Schwellung über solch einem Angiom, das in den beobachteten Fällen bis haselnußgroß war, oftmals fühlt man nur undeutlich in der Tiefe einen kleinen Tumor, besonders wenn in Narkose die Muskeln erschlafft sind; meist ziehen eine oder mehrere Nervenfasern durch den Tumor. Der Schmerz kann lokal bleiben oder ausstrahlen und so heftig werden, daß jede Bewegung unmöglich wird; der gute Allgemeinzustand des Kranken, Fehlen von luetischen und tuberkulösen Zeichen und von irgendwelchen Diathesen legen im Verein mit dem jugendlichen Alter die Diagnose nahe. Therapie: Exstirpation.

Rupp (Chemnitz).

Rothschild, M. A., and William Thalhimer: Experimental arthritis in the rabbit, produced with streptococcus mitis. (Experimentelle Arthritis beim Kaninchen, hervorgerufen durch Streptococcus mitis.) (*Mount Sinai hosp., New York.*) Journ. of exp. med. Bd. **19**, Nr. 5, S. 444—449. 1914.

Den Verf. gelang es bei Kaninchen durch Injektion von Kulturen des Streptococcus mitis in 50% der Fälle eine Arthritis zu erzeugen, die identisch war mit der,

welche man durch Micrococcus rheumaticus erhält. In einem Drittel der Fälle gelang es, den Str. mitis in den erkrankten Gelenken kulturell nachzuweisen. — Die Arthritiden, welche man durch Injektion mit anderen Streptokokkenarten erzielt, unterscheiden sich im allgemeinen durch ihre Stärke, Dauer und die Beschaffenheit des Exsudates; es ist aber nicht angängig, danach bestimmte Unterscheidungsmerkmale aufzustellen.

Riedl (Portorose bei Triest).

Goebel, Carl: Über Arthritis gonorrhoica. (*Augusta-Hosp., Breslau.*) (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 653—659. 1914.

Verf. referiert kurz über die Erfahrungen anderer Autoren mit der Gonokokkenvaccine bei der Behandlung gonorrhoischer Gelenkaffektionen und berichtet über zwei eigene einschlägige Beobachtungen. Bei dem ersten Fall handelte es sich um eine Polyarthritis, die sich schließe lich im linken Hüftgelenk lokalisierte. Starkes Ödem der Weichteile, kein Gelenkserguß. Ein-Punktion ergab Blut, in diesem mikroskopisch Gonokokken. Darauf intraglutäale Injektionen von Arthigon (7 mal, alle 5 Tage 2 mal 0,5, 5 mal 1,0, im ganzen 6,0 in 35 Tagen). Sofortiges Aufhören der Schmerzen, so daß medicomechanische Behandlung eingeleitet werden konnte. Beim zweiten Fall, einer tuberkulösen Patientin mit einer Handgelenksentzündung, wurde die Differentialdiagnose nach der Arthigoninjektion durch die Herd- und allgemeine Reaktion sichergestellt. Der therapeutische Erfolg war ebenfalls ausgezeichnet. *Ströbel* (Marktredwitz).

Brackett, E. G.: The use of iodoform oil in joints. (Der Gebrauch von Jodoformöl bei Gelenkleiden.) (*Massachusetts gen. hosp., Boston.*) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 23, S. 873—878. 1914.

Bracketts Technik unterscheidet sich zunächst dadurch von der allgemein üblichen, als er stets das Gelenk zur Einführung des Öles weit eröffnet mit einem in der Höhe der Kniescheibe liegenden lappenförmigen Schnitt, als er ferner so viel Flüssigkeit im Gelenk läßt, daß die Gelenkenden voneinander entfernt und die Kapsel gedehnt wird. Vor der Füllung des Gelenkes werden alle Adhäsionen ev. scharf getrennt — Knochenverletzungen dürfen dabei nicht passieren, speziell nicht bei tuberkulöser Erkrankung. Fixierende Verbände vermeidet er möglichst. Hautschnitt und Kapselincision sind lappenförmig so anzulegen, daß die Wunden nicht direkt aufeinanderliegen. Die Naht der Kapsel darf beim Herausziehen der Spritze keine Flüssigkeit heraustreten lassen, da sonst die Spannung verloren ginge. Diese Methode hat ihm stets ausgezeichnete Resultate gegeben. Indikation für ihre Verwendung bieten aber nur Fälle mit Kapselveränderungen; sobald der Knochen affiziert ist, muß man darauf verzichten. Zeichnungen und Kasuistik ergänzen seine Ausführungen. *Ernst Schultze* (Berlin).

Beck, Emil G.: Present status of joint diseases and best method of treatment. (Der gegenwärtige Stand der Gelenkerkrankungen und deren Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 754—756. 1914.

Verf. betont aufs neue die großen Vorteile, welche die konservative Behandlung (Heliotherapie, Röntgenbestrahlung) gegenüber dem operativen Vorgehen bietet. Bei sekundär infizierten, tuberkulösen Gelenken empfiehlt er die Injektion seiner Wismutpaste. *Deus* (Zürich).

Grinda, Edouard: Extériorisation opératoire des lésions et héliothérapie dans les tuberculoses chirurgicales. (Operative Freilegung der Krankheitsherde und Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose.) Presse méd. Jg. **22**, Nr. 46, S. 438 bis 439. 1914.

Eine direkte, lokale Wirkung der Sonnenstrahlen zeigt sich nur bei oberflächlichen Affektionen; tiefer sitzende Läsionen heilen nur durch die Besserung des Allgemeinbefindens. Unser Bestreben muß also dahin gehen, tiefsitzende Herde an die Oberfläche zu bringen. Der tuberkulöse Herd muß also breit eröffnet werden, und nach Excision des kranken Gewebes bleibt die Wunde weit offen, um den Sonnenstrahlen den Zutritt zu gestatten. Anfänglich tritt nach Besonnung starke seröse Exsudation ein; doch bleibt die Eiterung bald zurück, die ödematösen Gewebe schwellen ab und die Überhäutung beginnt. Bleibt eine Fistel zurück, so wird baldigst curettiert. In einigen Wochen wurden auf diese Weise schwere Affektionen geheilt. Diese Art des Vorgehens hält Grinda für indiziert bei den Tuberkulosen der Rippen, des Brust- und Schlüsselbeines; ebenso bei tuberkulösen Affektionen der Knochen des Kopfes, des Tarsus, Metatarsus, Carpus und Metacarpus und in allen Fällen von Knochenherden der Extremitäten, namentlich wenn sie in der Nähe der Epiphysen sitzen. Mischinfektion, Fisteln und Sequester

erfordern besonders diese Art des Vorgehens. Diesem Eingriffe sollte eine Sonnenkur von mindestens 14 Tagen vorausgeschickt werden. *Amstad* (Basel).

D'Oelsnitz: La pratique de l'héliothérapie dans le traitement des affections tuberculeuses. Indications, technique, résultats. (Die Praxis der Heliotherapie bei der Therapie der tuberkulösen Affektionen.) Paris méd. Jg. 4, Nr. 29, S. 61—75. 1914.

Verf. geht davon aus, daß die Heliotherapie heute ein anerkanntes Hilfsmittel bei der Therapie der Tuberkulose ist und dementsprechend auch in der Praxis berücksichtigt werden muß. Die Heliotherapie hat ihre Berechtigung ebenso an der See wie im Hochgebirge und läßt sich auch an allen sonstigen Orten mit Nutzen durchführen, wenn auch die Erfolge um so größer sind, je konstanter die Insolation ist. Für Hospitäler erscheinen windgeschützte Sonnengalerien nötig, in denen die Kranken Tag und Nacht der freien Luft ausgesetzt sein können. Ein beweglicher, an einem Stativ hängender Schirm schützt den Kopf vor starker Besonnung, die den Gesamtkörper in freier Luft nach den Vorschriften Rolliers treffen soll, während der Patient liegen soll und die erkrankte Region immobilisiert sein muß. Die Messung der chemischen Wirkung der Sonnenstrahlung ist bis jetzt noch nicht einwandfrei gelungen, dagegen ist die Temperatur der Sonnenstrahlung zu beachten, die bei der Heliotherapie am besten der Körpertemperatur entspricht und nach Vallot nicht mit gewöhnlichem Thermometer gemessen werden kann, sondern mit thermometrischen Aktinometern oder einfacher mit einem Thermometer mit geschwärzter Hohlkugel. Temperaturen von über 50° werden von allen Individuen schlecht vertragen. Temperaturschwankungen werden im Beginne der Kur unangenehmer empfunden als nach einer gewissen Gewöhnung, ebenso beeinflussen Temperaturschwankungen Patienten mit Visceraltuberkulose mehr als Individuen mit äußeren Tuberkulosen. Weiterhin werden kräftige Patienten weniger beeinflußt als schwächliche. Die Dauer des Sonnenbades richtet sich nach den Einwirkungen auf den Gesamtorganismus, die klinisch exakt festgestellt werden können. Im Beginn der Behandlung, bei eintretender Anpassung und bei Intoleranz gegen die Behandlung fand Verf. ein typisches Verhalten von Pulsfrequenz, Körpertemperatur und Respiration, während eine konstante Änderung des Blutdruckes nicht beobachtet werden konnte. Die Untersuchung des Blutbildes ergab Eosinophilie in den der Behandlung folgenden Stunden. Endlich fand sich die Pirquetsche Reaktion bei allen günstig reagierenden Patienten gesteigert, während diese Reaktion negativ wurde, wenn die Patienten die Behandlung schlecht vertrugen. Dementsprechend verlangt Verf. eine exakte Dosierung und unterscheidet eine Anfangsperiode, in der die Extremitäten allein bestrahlt werden, und zwar zuerst nur für wenige Minuten, denen täglich weitere 5—10 Minuten angefügt werden sollen. Nach vollendeter Gewöhnung kann die Dauer der Bestrahlung verlängert werden, und zwar rascher bei äußeren als bei inneren Tuberkulosen und bei kräftigen Patienten, deren Tuberkulose der Heilung nahe ist. Nach einer gewissen Zeit wird das Maximum der Insolation erreicht, die bei kräftigen chirurgischen Tuberkulosen nicht länger als 4 Stunden dauern soll, während sie bei schwächlichen Individuen und bei Visceraltuberkulose nicht länger als 1—2 Stunden dauern soll. Die Dauer der Behandlung wird nach der Anschauung des Verf. nicht abgekürzt, so daß Verf. vor der Annahme einer rascheren Heilung durch die Heliotherapie geradezu warnt. Jede gut ertragene Heliotherapie muß, wenn auch zeitweilig eine leichte Abmagerung eintreten kann, das Allgemeinbefinden heben (Turgorsteigerung, Muskelentwicklung trotz Immobilisation), während andauernde Mattigkeit zur Unterbrechung der Kur zwingt. Die eintretende Pigmentation läßt sich direkt für die Prognose verwerten, indem die Neigung zur Pigmentation auf die Neigung zur Besserung schließen läßt. Bei der Indikationsstellung für die einzelnen Tuberkuloseformen betont der Verf., daß die Heliotherapie bei der Visceraltuberkulose noch im Anfangsstadium ist. Bei der chronischen Lungentuberkulose der Erwaschenen ist vorsichtigste Heliotherapie (20′ lange Insolation des Thorax) nur bei den sklerosierenden Formen gestattet. Die ganglio pulmonale Tuberkulose der Kinder bildet eine Kontraindikation, da die pulmonale Tuberkulose ungünstig beeinflußt werden könnte. Dagegen wird die Bronchialdrüsentuberkulose durch vorsichtige Besonnung günstig beeinflußt, ebenso die Larynxtuberkulose, bei der die Sonnenstrahlen leicht direkt auf die kranke Stelle gerichtet werden können. Bei der Nierentuberkulose ist die Heliotherapie wertvoll, wenn es sich um doppelseitige oder sonst inoperable Formen handelt. Bei einseitiger Erkrankung ist die Entscheidung zwischen Operation und Heliotherapie schwierig. Peritonealtuberkulose wird außerordentlich günstig beeinflußt, während die Intestinaltuberkulose keine Wirkung der Heliotherapie zeigt. Bei allen chirurgischen Tuberkulosen im engeren Sinne zeigt sich die schmerzlindernde, sklerosierende Wirkung der Besonnung, die gleichzeitig die Vernarbung befördert, die Sekundärinfektion behindert, Fistelöffnungen zum Verschluß bringt und die Sequesterelimination beschleunigt. Lupus und tuberkulöse Gummen sind der lokalen Besonnung zu unterwerfen. Knochen- und Gelenktuberkulose sind trotz der Besonnung sorgfältig zu immobilisieren. Verf. kommt zum Schlusse, daß die Heliotherapie keine Umwälzung in der Tuberkulosetherapie bedeutet, sondern lediglich ein wertvolles Adjuvans neben den bisher erprobten Methoden darstellt. *Stravß* (Nürnberg).

Dyas, Frederick G.: Clinical and experimental results of streptococcic infections with special reference to arthritis and its treatment. (Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Streptokokkeninfektionen besonders in Beziehung zur Arthritis und ihre Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **18**, Nr. 6, S. 734—738. 1914.

Verf. hat im Anschluß an eigene Beobachtungen und Mitteilungen anderer Autoren den Wert von Injektionen bestimmter antiseptischer Lösungen bei der Behandlung infektiös eitriger Gelenkentzündungen im Tierversuch nachgeprüft. Zunächst gelang es ihm, bei Kaninchen durch intravenöse Einverleibung von Streptokokkenkulturen, die aus den Tonsillenkrypten eines an chronischem infektiösem Gelenkrheumatismus leidenden Patienten gewonnen worden waren, stets Arthritiden zu erzeugen, aus deren Eiter Streptokokken wieder rein gezüchtet werden konnten. Intraartikuläre Injektionen von Formalinglycerin oder Jodoformemulsion, die nach erfolgter Infektion gemacht wurden, hatten auf den Gelenkprozeß keinen Einfluß, auch dann, wenn der Gelenkeiter vorher aspiriert worden war. Gelenke, welche vor der Infektion des Tieres mit den antiseptischen Lösungen vorbehandelt worden waren, boten nachträglich sogar besonders schwere pathologische Veränderungen. Auch die intravenöse oder intraartikuläre Einverleibung von höher konzentrierten Lösungen von Natrium salicylicum (bis zu 25%) ließen keinen sicheren therapeutischen Erfolg erkennen. *Riedl.*

Wieting: Über einige Nekrose- und Gangränformen. (*Fortbildungskrankenh. Gülhane.*) Hamburg. med. Überseeh. Jg. **1**, Nr. 6, S. 277—287. 1914.

Wieting bespricht eingehend, ohne Neues bringen zu wollen, einige Nekrose und Gangränformen nach seinen türkischen Erfahrungen (in 12 Jahren circa 300 Fälle). — Angiosklerotische Nekrose, die er auch bereits bei einem 16jährigen Patienten sah; Symptome der Angina cruris, sowie penis, intestini, renum, cordis), welche als eine Folge der Gefäßwandverdickung aufzufassen sei und allmählich in die angiosklerotische Nekrose übergehe. Durch den Angiospasmus ebenso wie durch die Ischämie bestehen oft starke Schmerzen. Wegen des Angiospasmus kann gelegentlich eine Arterie heute verschlossen sein, morgen pulsieren. Darum exakte Palpation der Gefäße! Von den vielen Ursachen betont W. den überreichlichen Tabaksgenuß. Zur Therapie empfiehlt W. neben anderen Anastomose zwischen pulsierender Arterie und Vene. — Infektiöse endoarteriitische Nekrose und Frostnekrose erfährt eingehende Würdigung. Betont wird: Genaue Lokalisation, niemals doppelseitiges Auftreten, dauerndes Fehlen des Pulses, langsame Demarkation, langsame Heilung nach Absetzung. Thrombus operativ zu entfernen, ist zwecklos. Man warte geduldig die Demarkation ab und amputiere. Bei Frostnekrose betont W. die seltene direkte, häufigere ischämische (indirekte) Nekrose. — Endlich die gefäßparalytische Kältegangrän, die er schon im Centralblatt für Chirurgie 1913 eingehend gewürdigt hatte. Ursache: länger anhaltende Einwirkung niedriger Wärmegrade (immer überm Nullpunkt) und allgemeine Körperschwäche, schlechte Fußpflege usw., meistens, aber nicht immer ist es nasse Kälte. Infektion komme nur selten und nur als indirekte schwächende Ursache in Frage (Cholera!). Immer doppelseitiges Auftreten; Sitz nur an Zehen oder Füßen. Langsame Entwicklung mit Schwellung, Rötung, Schmerz, rasche Demarkierung (sobald die Ursache behoben ist), rasche Heilung nach Abtragung. — W. tritt ein für möglichst konservative Therapie in derartigen Fällen; Absetzung vor erfolgter Demarkation nur bei Infektion. *Hesse* (Greifswald).

Whitaker, Sidney: A case of rheumatoid arthritis greatly improved by Lane's operation. (Ein Fall von rheumatischer Arthritis durch Lanes Operation wesentlich gebessert.) Internat. journ. of surg. Bd. **27**, Nr. 5, S. 170—174. 1914.

29jährige Frau, die 15 Jahre lang an rheumatischen Gelenkerkrankungen litt. Jede Therapie war erfolglos. Wegen gleichzeitiger Darmstase wurde sie röntgenisiert. Das Wismut blieb lange Zeit im Dünndarme, bevor es in das Coecum übertrat. Selbst nach 104 Stunden waren noch Spuren von Wismut im Dünndarm nachzuweisen. Bei der Operation (Operateur: Lane) wurde eine Abknickung im untersten Ileum, 3 Zoll vor dem Coecum gefunden. Nach Anlegung einer end-to-side Anastomose zwischen Ileum und Colon pelvinum trat Besserung der Stuhl-

beschwerden und der Gelenkerkrankungen ein. Wegen eines Rezidives, 4 Monate nach der Operation mußte der ausgeschaltete Teil des Dickdarmes exstirpiert werden, worauf die Stuhlbeschwerden vollständig behoben blieben und die Schmerzen in den Gelenken dauernd beseitigt waren. Die Beweglichkeit einzelner Gelenke blieb beschränkt, hatte sich aber auch gegen früher gebessert. *Kindl* (Kladno).

Obere Gliedmaßen:

Fioravanti, Luca: Il mio metodo di plastica tendinea in due casi di gravi lesioni traumatiche. (Meine Methode der Sehnenplastik in zwei Fällen schwerer traumatischer Läsionen.) (*Osp. civ., Orbetello.*) Policlinico, sez. chirurg. Jg. **21**, Nr. 6, S. 267—271. 1914.

Defekte der Fingerstrecksehnen wurden mit vollem Erfolg ersetzt mit zu einem Strang gerolltem Lappen aus der Fascia dorsalis manus. Außer peinlicher Asepsis ist zum Gelingen nötig die Umfütterung des Ersatzstückes mit subcutanem Fettgewebe, damit sich auch eine Art Sehnenscheide bilden kann. *Gümbel* (Bernau).

Guye, Georges: Der Kompressionsbruch und die traumatische Erweichung des Mondbeines. (*Chirurg. Univ.-Klin., Basel.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **130**, H. 1/2, S. 118—166. 1914.

Auf Grund von 7 eigenen, zum Teil lange beobachteten und histologisch untersuchten Fällen, und mehr als 2 Dutzend Fällen aus der Literatur entwirft der Autor das klinische Bild der genannten vierthäufigsten Handwurzelverletzung. Ätiologisch wirksam sind Traumen, welche zu starker Dorsalflexion der Hand führen, oder welche an sehr beschränktem Orte angreifen. Die Symptomentrias ist Schmerz, Schwellung des Handrückens und Funktionsstörung des Handgelenks im Sinne einer chronischen, Distorsion. Röntgenologisch zeigt sich eine Verkürzung des Handwurzelskeletts Steilstellung des Os naviculare sowie Form- und Strukturänderung des Os lunatum; Zersprengung in mehrere Teilstücke oder Flachgedrücktsein des Knochens oder aber Unregelmäßigwerden und Schwinden der feinen Bälkchenstruktur und unregelmäßige und ungleiche Verteilung des Kalkes im Knochen. Ein Teil des Lunatum ist meist auffallend undurchsichtig und kalkhaltig, während der übrige Knochen ungewöhnlich stark aufgehellt ist. An den Nachbarknochen findet sich in älteren Fällen Osteoporose und deformierende Arthritis. Besprechung der Differentialdiagnose gegenüber Navicularefraktur, Lunatumluxation, der intercarpalen Luxationsfraktur, Tuberkulose und Arthritis deformans. Pathologisch-anatomisch handelt es sich meist um eine zentrale Nekrose der Spongiosa mit starker Kalkeinlagerung und Veränderung der radiären Bälkchenstruktur in ein schwammig angeordnetes Knochengewebe mit größeren oder kleineren Maschen. Osteoklasten und Osteoblasten zeugen für Knochenabbau und -Anbau. Die zentrale Nekrose wird von einem Bindegewebswall mit leukocytärer Infiltration im Sinne einer demarkierenden Entzündung umgeben. Mechanisch handelt es sich entweder um eine primäre Zertrümmerungsfraktur des Lunatum oder aber um eine Ernährungsstörung des Knochens, welche durch einen Bänderriß infolge der dorsalen Hyperflexion verursacht wird und die zu der beschriebenen zentralen Nekrose mit Osteosklerose besonders im proximodorsalen Anteil führt, während die ernährt gebliebenen volaren Partien umgebildet werden. Die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen, da eine Vereinigung der Fragmente bei der ersten Form nicht einzutreten pflegt und die zweite Form sehr zur Auslösung chronisch-arthritischer Beschwerden neigt; die Möglichkeit jahrelang dauernder leichter funktioneller Störungen ist also wohl im Auge zu behalten. Therapeutisch empfiehlt sich bei der Zertrümmerungsfraktur die möglichst baldige Exstirpation der ohnedies nicht konsolidierenden Fragmente, während bei der zweiten Form wenigstens versuchsweise eine konservative Behandlung mit Carbolinjektionen (Einspritzung von 1—2 ccm einer 1—2proz., nicht zu alten Carbol- oder Orthokresollösung 2mal in der Woche) und hyperämisierende Verfahren angezeigt erscheinen; doch ist auch hier im ungünstigen Falle nicht allzulange mit der Exstirpation des Knochens von einem dorsalen Schnitt aus zu zögern. Eine leichte deformierende Arthritis kann allerdings

auch durch operative Entfernung nicht immer vermieden werden. Literaturverzeichnis von 63 Nummern, 17 Textfiguren. *v. Saar* (Innsbruck).

Schloessmann: Wiederanheilung einer fast vollständig abgeschnittenen Hand mit guter Funktion. (*Chirurg. Univ.-Klin., Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **61**, Nr. 26, S. 1445—1447. 1914.

Durch Maschinenmesser Abtrennung der rechten Hand in der Gelenkspalte mit Erhaltung einer 3 cm Haut- und Weichteilbrücke in der N. ulnaris und Arterie nachweislich vielleicht Vene und Flexor + Extensor carpi ulnaris. Schnitt geht durch Os lumatum, naviculare, Gelenkenden von Radius und Ulna. 6 Stunden nachher in Narkose 22 Sehnennähte. Naht des N. medianus. N. radialis nur aneinander gelegt. Art. radialis wird nicht genäht, weil aus dem peripheren Teile schwach pulsierendes Blut sickert, somit Arcus von Ulna gut entwickelt ist. Reaktionsloser Verlauf. Resultat nach 6. Monat. Motilität: Im Handgelenk lediglich Dorsalflexion um die Hälfte, Volarflexion um ein Viertel beschränkt, am Daumen Streckung und Beugung im Grundgelenk stark behindert, im Zeigefinger geringe Beugungsbeschränkung. Keine Sensibilitätsstörungen; Daumen und Zeigefinger etwas livide. Kritik: Voraussetzung derartiger Heilung Asepsis, die hier primär dadurch gewahrt, daß Eltern die Wundflächen einfach aufeinanderklappten. Daß keine Verwachsungen der Sehnen eintraten, liegt vielleicht daran, daß schon am 11. Tage Bewegungen gemacht. Motorische Funktion trat in beiden durchtrennten Nervengebieten gleichzeitig und gleichmäßig ein, trotzdem der N. radialis nicht genäht war. Dies eine Bestätigung der Experimente von Boeke und Feiß, daß auch ohne Nervennaht das Einwachsen eines durchschnittenen Nerven in seinem peripheren Anteil stattfindet, vorausgesetzt nur, daß die beiden Nervenschnittenden aneinander zu liegen kommen. *Coste* (Magdeburg).

Durán, López A.: Vom Gebrauch der künstlichen Sehnen aus Seide bei der Behandlung der Volkmannschen ischämischen Kontraktur. (*Inst. Rubio, Madrid.*) Rev. iber. amer. d. ciencias méd. Bd. **31**, S. 43—54, 250—260 u. 327—335. 1914. (Spanisch.)

Seit dem Jahre 1908 hat Verf. 6 Fälle von ischämischer Kontraktur der oberen Extremität beobachtet, die alle im Anschluß an Frakturen und nachfolgende Schienenbehandlung entstanden waren. Es handelt sich stets um junge Individuen, resp. Kinder. Die Fraktur war bei einem Fall am Oberarm, bei einem anderen am Ellenbogen, bei den übrigen am Unterarm gelegen. Bei vier der Fälle hat Lopez operativ eingegriffen, bei einem wurde die Operation nicht erlaubt, beim letzten davon abgesehen, da die linke unverletzte Hand so gut ausgebildet war, daß der Kranke als Schreiber völlig erwerbsfähig war. Der erste Fall, ein 28jähriger Mann hatte 8 Monate vorher eine Fraktur des unteren Drittels des Oberarms erlitten. Es bestanden, außer der typischen Erscheinung der Volkmannschen Kontraktur, Gefühlsstörungen im Bereich des Radialis; der erkrankte Unterarm wird in extremer Pronationsstellung gehalten. Bei der ersten Operation wurde der Radialis freigelegt, er war in Narben eingebettet und mit der Frakturstelle fibrös verwachsen. Bei der zweiten Operation wurde von einer langen volaren Incision aus alle die Beugesehenenen freigelegt und durchschnitten. Nachdem der Flexor profundus zur Seite geschoben war, wurde das Lig. interosseum der Länge nach an dessen radialen Ansatz gespalten, desgleichen der Muskulus pronator quadratus, der sich hart fibrös anfühlte. Nach Ausgleich der Krallenstellung bestanden Sehnendefekte von 3—6 cm. Länge, die durch je drei oder zwei Fäden der sterilen Seide von Hartmann ersetzt wurden. Verf. legt großen Wert darauf, daß die Knoten an der hinteren Fläche der Sehnen angebracht werden, um eine Reizung der Haut zu vermeiden. Nach der Operation wurde ein Gipsverband angelegt, der die Supinationsstellung des Unterarms und die Streckung der Finger festhielt. Die Heilung erfolgte reaktionslos, bereits nach 10 Tagen wurde mit Übungen begonnen. Nach 2 Monaten war die Pronation und Supination normal, die Flexion und Extension der Finger noch leicht eingeschränkt. Nach einem Jahr war der Kranke völlig beschwerdefrei. Beim zweiten Fall, einem 21jährigen Mann, war 3 Monate vorher eine Unterarmfraktur vorangegangen. Die Sehnenplastik wurde in gleicher Weise vorgenommen wie beim ersten. Das funktionelle Resultat war auch in diesem Falle ein einwandfreies. Der dritte Fall, ein 8jähriges Kind, wurde ebenfalls operiert. Der funktionelle Erfolg war hier kein so vollkommener, weil der Kranke sich frühzeitig der Nachbehandlung entzog. Der vierte operierte Fall, ein 10jähriger Junge, ging drei Tage nach der Operation an Anurie zugrunde. *Lazarraga* (Madrid).

Broca, Aug: Fracture de l'épitrochlée par arrachement. (Abrißfrakrur des Epicondylus medialis humeri.) (*Hôp. des enfants malad., Paris.*) Pédiatr. prat. Jg. **12**, Nr. 15, S. 243—246. 1914.

Klinischer Vortrag. Behandlungsgrundsätze: Reposition und Kompression des Bauchstückes mit einem Wattebausch. Verband in Flexion und Adduction des Unterarmes; keine Massage, keine frühzeitigen Bewegungen, chirurgische Eingriffe nur im äußersten Notfall. *Bergemann* (Berlin).

Vulpius, Oscar: Über die Lähmungstherapie an der oberen Extremität. Klinischer Vortrag. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 21, S. 1053—1059. 1914.

In knapper, aber klarer Übersicht werden die Prinzipien und Methoden der Lähmungstherapie am Arm dargestellt. Zunächst die schlaffen Lähmungen meist poliomyelitischen Ursprunges. Im Beginn sind konservative Maßnahmen am Platze, wobei den Verf. ein besonderer Schienen-Gurtapparat zur Fixation des Armes in rechtwinkliger Abduction und Außenrotation unterstützt. Bei bleibender Lähmung ist nach Verf. von Muskelplastiken nicht viel zu erwarten. Das Beste leistet hier die Arthrodese. Um eine Fixation des gelähmten Vorderarmes in brauchbarer Mittelstellung zu erzielen, hat Verf. eine knöcherne Verbindung von Radius und Ulna in der gewünschten Stellung durch einen Periostknochenlappen aus der Tibia erzielt. Bei gelähmtem Handgelenk ist die Tendofixation angezeigt. Die Fingerlähmung erfordert Sehnenüberpflanzung. Bei der Geburtslähmung legt Verf. großen Wert auf die Beachtung der meist gleichzeitig vorhandenen Knochenverletzung des Oberarmes, die ev. durch Osteotomie und Außenrotation zu korrigieren ist. Bei den spastischen Lähmungen hält Verf. am meisten von den plastischen Verlängerungen der verkürzten Sehnen ev. mit Verkürzung der Antagonisten. Die Förstersche und Stoffelsche Operationsmethode wird als weniger sicher im Erfolg abgelehnt. Die einzelnen Thesen des Vortrages werden durch Vorführung von Fällen, die das Gesagte illustrieren, erhärtet. *Baisch* (Heidelberg).

Hüssy, Alfred: Über die Erfolge der Heliotherapie im Hochgebirge bei Tuberkulosen der Hand. (*Krankenanst., Leysin.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 91, H. 3, S. 512—551. 1914.

Nach einem Hinweis auf die großen Vorteile der Rollierschen Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose im allgemeinen gibt Verf. eine Übersicht über die bisher empfohlenen Methoden der Behandlung der Handtuberkulosen und über die mit diesen Methoden bisher erreichten, sehr mäßigen Resultate. Anschließend wird über 32 von Rollier behandelte Fälle ausführlich berichtet, die meist jugendliche Patienten betrafen und vielfach schon jahrelang gedauert hatten. In fast allen Fällen konnte Heilung bzw. wesentliche Besserung erzielt werden. Doch muß die Heliotherapie, um möglichst gute Resultate zu erzielen, stets mit den erprobten Methoden der konservativen orthopädischen Chirurgie kombiniert werden. Verf. weist darauf hin, daß dementsprechend für die chirurgischen Tuberkulosen besondere Sanatorien unter chirurgischer Leitung nötig sind. Eine von einzelnen für diese Sanatorien geforderte Höhenlage von 1500 m verbietet sich in den meisten Fällen wegen der allzu hohen Kosten. Verf. betont jedoch, daß auch Sanatorien in mittlerer Höhe Gutes erzielen lassen und tritt auch in den Fällen, wo Sanatoriumsaufenthalt zunächst nicht in Betracht kommen kann, für möglichst ausgiebige Licht- und Luftbehandlung ein. *Strauß* (Nürnberg).

Dickinson, G. K.: Divulsion of arm and scapula. (Ausreißung von Arm und Schulterblatt.) Med. rec. Bd. 85, Nr. 22, S. 985. 1914.

Der Unfall geschah durch Hineingeraten in eine Transmission. Unmittelbar nach der Verletzung stieg Pat. noch über eine Leiter und legte ein beträchtliches Stück Weg zu Fuß zurück. Keine nennenswerte Blutung. Glatte Heilung. *Riedl.*

Chrysospathes, Joh. G.: Über eine Supinations-Extensionsbehinderung der Vorderarme resp. Hände bei Neugeborenen. (*Chirurg.-orthop. Heilanst., Athen.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 92 (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 690—692. 1914.

In den drei beschriebenen Fällen lag eine Beschränkung der Supination und der Flexion des Vorderarms resp. der Hand vor, die im Gegensatz zu den bisher bekannten Fällen von Supinationsbehinderung ihre Ursache nicht in den Knochen, sondern in den Weichteilen hatte. Es handelte sich um eine, wenn auch vorübergehende, so doch angeborene Störung des Gleichgewichts der Vorderarmmuskeln, die in einer Schwäche des Individuums bei einer über die Norm hinausgehenden Pronation und Flexion der Vorderarme resp. Hände des Embryos ihre Ursache haben. Dieser Annahme entspricht die durch therapeutische Maßnahmen (Massage, passive Bewegungen der geschwächten Extensoren und Supinatoren) erzielte Heilung der Diformität. *Stettiner* (Berlin).

Sachs, Otto: Über die Therapie der Ellbogenfrakturen auf der chirurgischen Abteilung des Reg.-Rat Prof. Dr. Bayer. Prag. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 294—296. 1914.

Die Ellenbogengelenkfrakturen der Kinder werden zumeist mit Extension behandelt, und zwar entweder in Streckstellung oder in rechtwinkliger Stellung des Gelenkes mit Doppelextension am Ober- und Unterarm. Schon sehr frühzeitig (3. Woche) wird mit aktiven Bewegungen und Armbädern begonnen. Bei stark dislozierten Fragmenten oder veralteten Frakturen muß gelegentlich operativ eingegriffen werden. *Kirschner* (Königsberg i. Pr.).

Heimanowicz, A. J.: Zur Erforschung neuer Formen der Motilitätsstörungen. Deviatio carpi ulnaris. (*Klin. f. Nervenkrankh. d. med. Hochsch. f. Frauen, Charkoff.*) Charkowsky Med. Journ. Jg. **9**, H. 4, S. 303—316. 1914. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von krampfartigen ulnaren Beugungen der rechten Hand mit Beugungen der Finger und Atrophie des Tenar, bei positivem Wassermann, Besserung nach spezifischer Behandlung. Verf. sieht den Fall als periphere Hyperkinese an, die erst den N. ulnaris, nach der Behandlung den Medianus betraf. Besprechung ähnlicher Fälle aus der Literatur. Photographische Aufnahmen. *v. Dehn* (St. Petersburg).

Oehlecker, F.: Homoplastischer Knochenersatz bei Enchondromen der Hand. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 667—674. 1914.

Wegen Enchondrombildung wurde bei einem 16jährigen Kaufmann der dritte Metacarpus der linken Hand mit Ausnahme der beiden Gelenkenden mit dem Perioste entfernt. In den Defekt wurde ein gelegentlich einer Verletzung gewonnener Metacarpus eines gesunden Arbeiters eingepflanzt. Primäre Heilung. Nach 3 Jahren ist auf dem Röntgenbilde der voll funktionsfähigen Hand kaum noch zu erkennen, daß ein Metacarpus entfernt und an seiner Stelle ein fremder Knochen eingepflanzt wurde. *Kirschner* (Königsberg i. Pr.).

Kramer, J. G.: The distribution of nerves to the arteries of the arm; with a discussion of the clinical value of results by T. Wingate Todd. (Die nervöse Versorgung der Armarterien; mit Besprechung der klinischen Bedeutung der Befunde.) (*Anat. laborat., Western res. univ., Cleveland.*) Anat. rec. Bd. **8**, Nr. 5, S. 243—255. 1914.

Außer der Subclavia und Axillaris, die von direkten Zweigen des Sympathikus versorgt werden, bekommen alle Armarterien ihre nervöse Versorgung von Sympathikusästen, die mit den langen Armnerven verlaufen, und zwar findet man solche Äste distal weniger reichlich, als proximal. Wegen dieser besondersartigen Innervation der Subclavia und Axillaris werden diese Arterien von den vasomotorischen Störungen bei Halsrippen eigentlich niemals betroffen. *Rost* (Heidelberg).

Untere Gliedmaßen:

Viannay, Charles: Un cas de greffe du péroné. Substitution d'un fragment de diaphyse à une extrémité épiphysaire. (Ein Fall von Transplantation der Fibula. Ersatz einer Epiphyse durch ein Diaphysenstück.) Prov. méd. Jg. **27**, Nr. 26, S. 281 bis 282. 1914.

Verf. hat in einem Fall von Osteosarkom des inneren Knöchels bei einer 45jährigen Frau, nach Resektion des unteren Drittels der Tibia den Defekt autoplastisch durch ein Stück Fibula gedeckt, welches er aus der Fibuladiaphyse der anderen Seite entnommen hatte. Das eine Ende des Transplantates wurde in die Markhöhle der Tibia gesteckt und das andere Ende in einer Rinne, welche in den Talus gehauen wurde, befestigt. Das Resultat, 10 Monate nach der Operation, ist gut. Am merkwürdigsten ist die Anpassung des Skelettes an die neugeschaffenen Verhältnisse (trotz des Alters von 45 Jahren): es hat sich nämlich von der Fibula aus eine Knochenspange gebildet, welche einer Aufwärtsbewegung des Talus Einhalt gebietet, und so den Beginn einer neuen tibio-tarsalen Gelenkfläche bildet. *Dumont* (Bern).

Faber: Umfangsunterschiede an den unteren Gliedmaßen. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Jg. **21**, Nr. 4, S. 110—112. 1914.

An einer Anzahl von 450 Personen mit ausschließlich „gesundem Beinmaterial" nahm Verf. systematische Umfangsmessungen vor. Es zeigte sich, daß sich im Alter

von 20—30 Jahren die meisten Differenzfälle (65%) finden und Unterschiede bis zu 12 mm am Ober- und 6 mm am Unterschenkel. Die Umfangsunterschiede waren fast ausnahmslos zugunsten der rechten Seite und weit geringer und zahlreicher bei Landwirtschaft treibenden Leuten. Qualitätsprüfungen ergaben, daß den Umfangsunterschieden keine Qualitätsdifferenzen entsprachen. Verf. zieht daraus den Schluß, daß bei der Begutachtung Unfallverletzter in entsprechenden Fällen dem Umfangsunterschied ein geringeres Gewicht als dem Qualitätsunterschied beizumessen sei. *Weichert* (Breslau).

Heuß, v.: Die Bedeutung der Klebrobinde in der Behandlung der Marschkrankheiten. Militärmed. u. ärztl. Kriegswiss. H. **1**, S. 131—137. 1914.

Auf Grund von 200 Beobachtungen tritt Verf. von neuem warm für den bereits 1908 (Deutsche milit. Zeitschr. 1908, S. 22 u. ff.) von ihm empfohlenen Klebróverband ein. Als besondere Vorzüge des Verfahrens spricht er an: die Einfachheit des Verbandes und des Verbandmaterials, die Möglichkeit der ambulanten Behandlung und einer rasch zu erzielenden relativen Dienstfähigkeit, die starke Abkürzung der Behandlungszeit, insbesondere bei der Fußgeschwulst, bei Fuß- und Kniegelenkprozessen sowie bei chronischen Ekzemen der Gliedmaßen. *F. Kayser* (Köln).

Maliss, Jul. M.: Ein Fall von Osteomyelitis des Schambeines. (*Chirurg. Abt. d. städt. Alexanderkrankenh., Kijew.*) Chirurgia Bd. **35**, Nr. 208, S. 592—594. 1914. (Russisch.)

Bouquet, H.: Anévrysme artério-veineux des vaisseaux fémoraux communs. Extirpation et quadruple ligature. (Aneurysma arterio-venosum der gemeinsamen Schenkelgefäße. Exstirpation und vierfache Unterbindung.) Lyon chirurg. Bd. **11**, Nr. 6, S. 606—611. 1914.

Krankengeschichte. Ein 30jähriger Araber wird durch einen Schuß aus einer Browningpistole am rechten Oberschenkel, in der Höhe des Scarpaschen Dreiecks, verletzt. Bei der Krankenhausaufnahme bieten Ein- und Ausschußöffnungen nichts besonderes; der Puls ist an der Poplitea und der A. dorsalis pedis palpabel. Sechs Tage nach der Verletzung bildet sich ein pulsierender Tumor an der Einschußstelle, der das Huntersche Schwirrphänomen zeigt. Gleichzeitig schwindet der periphere Arterienpuls. Ein Venenpuls bildet sich jedoch nicht aus. Drei Monate später wird das Aneurysma exstirpiert und Arteria und Vena femoralis proximal und distal isoliert unterbunden. Der Eingriff führt zu völliger Heilung, ohne subjektive Beschwerden und ohne Zirkulationsstörungen zu hinterlassen. Die doppelte Ligatur der Arteria und Vena femoralis communis gibt somit kein schlechteres Resultat, als die technisch schwierige und häufig unausführbare primäre Gefäßnaht.
Meyer (Köln a. Rh.).

Lorenz, Hans: Zur operativen Behandlung der habituellen Patellarluxation. (*Krankenh. d. Wiener Kaufmannsch., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 22, S. 750—753. 1914.

Empfehlung der Kapselverdoppelung analog der von v. Miculicz für die habituelle Schulterluxation angegebenen Operationsmethode.

Ein etwa 15 cm langer Längsschnitt, in der Mitte zwischen medianem Kniescheibenrand und Epicondylus medialis femoris verlaufend, durchtrennt Haut, Fascia lata, den aponeurotischen Reservestreckapparat und die Synovialmembran. Die beiden letzten Schichten werden jede für sich unter möglichst breiter Doppelung der Wundränder wieder aneinandergenäht, bei der Gelenkkapsel wird durch besondere Anordnung der Matratzennähte Vorsorge getroffen, daß kein Nahtmaterial in das Gelenkinnere hineinreicht. Fixation auf Volkmannscher Schiene. Erst nach 14 Tagen Gehversuche und vorsichtige aktive Bewegungen.

Lorenz hat mit dieser Methode in einem schweren Fall ein sehr gutes Resultat erzielt, während in einem zweiten der Erfolg durch von anderer Seite zu früh eingeleitete passive Bewegungen beeinträchtigt wurde; es trat zwar kein Rezidiv ein, es fehlte aber die Sicherheit beim Gebrauch des Knies. Für ganz desperate, immer wieder rezidivierende Fälle empfiehlt L. die Exstirpation der Patella, nachdem er bei einem derartigen Eingriff wegen Spontanfraktur der hochgradig destruierten

Kniescheibe ein sehr gutes funktionelles Resultat erzielt hat. Der Defekt wird durch einen gestielten Lappen aus der Sehne des Rectus femoris gedeckt, der abwärts geschlagen mit der Spitze am Lig. patella proprium, mit den Seitenrändern am Reservestreckapparat vernäht wird. *Bergemann* (Berlin).

Kerr, H. H.: Arterio-venous anastomosis for diabetic gangrene. (Arteriovenöse Vereinigung bei diabetischer Gangrän.) Virginia med. semi-monthly Bd. **19**, Nr. 5, S. 126—127. 1914.

Beschreibung eines Falles von beginnender diabetischer Gangrän an einem, fortgeschrittener Gangrän am anderen Bein. Letzteres wurde amputiert; bei ersterem durch Gefäßnaht die Arteria mit der Vena femoralis verbunden. Über den Erfolg wird nichts mitgeteilt. *Rost.*

Drehmann, Gustav: Osteoarthritis deformans juvenilis (Perthes.) Eine typische Belastungsdeformität. (Verh. d. südostdtsch. Chirurg.-Vereinig., Breslau, 1. Sitzg. v. 22. XI. 1913.) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **91**, H. 3, S. 642—652. 1914.

Das von Perthes unter dem Namen Osteochondritis deformans coxae juvenilis beschriebene typische Krankheitsbild hat Verf. 9 mal beobachten können. Er sieht darin eine Analogon zur Coxa vara adolescentium also eine Belastungsdeformität. Die resultierende Verschiebung der Kopfkappe ist jedoch die entgegengesetzte wie bei der Coxa vara, also eine Coxa valga, da die Verschiebung nach Verfs. Fällen nach oben und außen erfolgte. Wie bei der Coxa vara eine trochantere und epiphysäre Form zu unterscheiden, so auch bei der Coxa valga, wobei das Bild der Deformität ein wesentlich verschiedenes ist. Die Osteochondritis deformans wäre danach als Coxa valga epiphysaria zu bezeichnen.

In der Diskussion zu diesem Vortrag weist Levy darauf hin, daß er schon vor einigen Jahren auf die Gemeinsamkeit der Vorgänge bei der Osteochondritis deform. coxae u. der Coxa valga adolescent. aufmerksam gemacht hat. Er kann aber der Bezeichnung Coxa valga epiphysaria nicht beistimmen, da er bei seinen Fällen nicht immer die Verschiebung der Epiphyse nach oben und außen beobachten konnte. *Baisch* (Heidelberg).

Rechmann, Ludwig: Beitrag zur Therapie der kongenitalen Luxation des Kniegelenkes. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **13**, H. 3, S. 227—256. 1914.

Es werden 59 Fälle der Literatur ausführlich gebracht und zwei aus der Riedingerschen Klinik in Würzburg zugefügt. Verf. schließt sich der Drehmannschen Definition an, der 3 Stadien der Erkrankung unterscheidet. Als 1. Stadium das des einfachen Genu recurvatum mit der nach vorne offenen Winkelstellung des Knies, als 2. die Subluxation und als 3. die Luxation des Kniegelenkes. Hinsichtlich der Ätiologie herrscht keine völlige Einigkeit, die meisten Autoren nehmen eine mechanische Ursache, abnormes Nach-oben-geschlagen-Sein der Beine an, daneben wird von anderen Autoren die Anschauung der primären Hemmungsmißbildung vertreten. Die Therapie besteht in Reposition und Überführung des Kniegelenkes in Beugung. Riedinger hat sie als Redressement forcé in einer Sitzung erzielt. Erst wo diese Methode versagt, ist operative Durchtrennung der spannenden Sehnen und Bänder am Platze. Die Behandlung soll möglichst frühzeitig beginnen und auch durch konsequente Nachbehandlung zum Ziel gebracht werden. *Baisch* (Heidelberg).

Hurwitz, S. H.: Osteitis deformans (Paget) involving a single bone: Report of a case. (Osteitis deformans [Paget] auf einen einzigen Knochen beschränkt [mit Bericht über einen Fall].) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **147**, Nr. 6, S. 855—866. 1914.

Die Diagnose gründet sich auf den klinischen Befund: Coxa vara und Verkürzung des Oberschenkels um 2,5 cm, sowie auf das Röntgenbild des allein erkrankten Femur. Der 56jährige Kranke hatte früher wahrscheinlich Lues gehabt und eine Schußverletzung des erkrankten Oberschenkels erlitten. Das beigefügte Röntgenbild läßt die Charakteristika der Osteitis deformans nicht erkennen. *Gümbel* (Bernau).

Stockis: Coxa vara traumatique. (Traumatische Coxa vara.) Journ. de méd. de Paris Jg. **34**, Nr. 20, S. 393—394. 1914.

Kasuistik. 1 Fall. *Glaessner* (Berlin).

Roberts, J. E. H.: Case of Calvé's pseudo-coxalgia. (Ein Fall von Calvés Pseudocoxitis.) Proc. of the roy. soc. of med., London Bd. **7**, Nr. 6, surg. sect., S. 203—204. 1914.

Kurze Krankengeschichte eines 8jährigen Knaben und Röntgenbild der Hüfte. Seit drei Monaten Hinken, Schmerzen im Knie, Behinderung der Abduction, und Außenrotationsstellung im rechten Hüftgelenk, Verkürzung des Beins um ca. $^1/_2$ cm, völlig freie Beugung und Streckung. Am Röntgenbild typische Veränderungen im Femurkopf: Abflachung des Kopfes, Zerteilung des Epiphysenkernes, unregelmäßige Epiphysenlinie, Verdickung des Schenkelhalses (Calvé). — Keine Zeichen durchgemachter Rachitis, Wassermann negativ. (Der Befund deckt sich vollständig mit dem von Perthes bei der sog. Osteochondritis deformans coxae erhobenen. D. Ref.) *Glaessner* (Berlin).

Böcker, W.: Zur Entstehung und Behandlung des Hackenfußes. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 693—704. 1914.

Böcker berichtet über einen paralytischen Hackenfuß, der auf operativem Wege aus einem pes equino-varus nach Arthrodese im oberen Sprunggelenk durch Verlängerung der Achillessehne und gemeinsame Verkürzung der Extensoren entstanden ist. Zur Beseitigung dieser Deformität wurden die stark verkürzten zusammengewachsenen Sehnen des Fußrückens nach Bayer durchtrennt, das Chopartsche und Lisfrancsche Gelenk eröffnet und dann ein Redressement vorgenommen. Zur Erhaltung der Stellung wurde von der Sohle her ein langer Stahlnagel durch den Tarsus bis in die Tibia getrieben. Das Resultat war kein günstiges; nach 6 Monaten wurde die Amputation im unteren Teile des Unterschenkels vorgenommen. Dennoch empfiehlt B. unter sorgfältiger Berücksichtigung der Zirkulationsverhältnisse in verzweifelten Fällen von Hackenfuß nach Arthrodese das beschriebene Vorgehen in Erwägung zu ziehen. *Glaessner* (Berlin).

Martinez, J. Gonzalez: Fatal attack of filarial lymphangitis simulating bubonic plague. (Tödlicher Fall von Filaria-Lymphangitis, Bubonenpest vortäuschend.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 21, S. 1622—1624. 1914.

12jähriger Junge mit äußerst schmerzhafter Schwellung der Schenkeldrüsen und stürmischen Allgemeinerscheinungen: Benommenheit, Delirien, Erbrechen, Durchfälle, hohem Fieber rasch zugrunde gehend. In dem Sediment des bei Lebzeiten entnommenen Urins fand sich ein Embryo der Filaria Bancrofti. Dadurch wurde die schon vorher gestellte Diagnose auf Filariasis, der sog. perniziösen Filaria-Lymphangitis, bestätigt. In Ausstrichen des peripheren Blutes fanden sich zahlreiche Embryonen. Bei der Sektion fand sich kein Anhalt für Pest oder eine sonstige bakterielle Infektion, dagegen im Lungenblute ungeheuer zahlreiche Embryonen, weniger im Herzblut. Die mesenterialen und retroperitonealen Drüsen zeigten entzündliche Schwellung, ebenso die Schenkel- und die Leistendrüsen. Eine andere Ursache für die Drüsenschwellung lag nicht vor. Da eine andere Todesursache nicht zu ermitteln war, muß angenommen werden, daß hier allein die schwere Infektion mit den Embryonen der Filaria noct. den tödlichen Verlauf bedingt hat. *Wiemann* (Kiel).

Hare, Earle R.: The knee-joint: anatomy and physiology. (Anatomie und Physiologie des Kniegelenks.) Journal-Lancet Bd. **34**, Nr. 6, S. 153—159. 1914.

Interessante Studie über Bau und Funktion des Kniegelenks. Dasselbe ist vom mechanischen Standpunkte aus weich, aber anatomisch betrachtet, durch den Zug der Muskeln und Bänder stark und fest. Die Muskeln beginnen und führen die Bewegungen des Gelenks aus, während die Bänder diese Bewegungen kontrollieren. Praktisch wichtig ist, daß das äußere Seitenband durch eine Fettschicht von der Kapsel und dem äußeren Meniscus getrennt ist, während das innere Seitenband mit der Kapsel und dadurch mit dem Ansatz des inneren Meniscus fest verwachsen ist. Innig mit dem Meniscus sind die Kreuzbänder vergesellschaftet, welche Femur und Tibia in Kontakt halten und sich bei der Innenrotation des Beines mehr kreuzen, während sie sich bei der Außenrotation mehr parallel stellen. Bei aufrechter Stellung wird das Kniegelenk durch den Zug der Bänder in Streckstellung gehalten; die durch das Längersein des inneren Femurkondyls am Ende

der Streckstellung bedingte Innenrotation des Femur bedingt die Stabilität des Kniegelenks. *Kaerger* (Kiel).

Delatour, H. Beeckman: A review of ninety-nine arthrotomies for fracture of the patella. (Über 99 Arthrotomien wegen Bruches der Kniescheibe.) Ann. of surg. Bd. **59**, Nr. 6, S. 975—979. 1914.

Meist wurde in den ersten 48 Stunden operiert. Der früher geübte Längsschnitt wurde wegen schlechten Zugangs zu den Rissen der Seitenbänder verlassen zugunsten des queren Schnittes, der in Höhe des Gelenkspaltes beginnend bogenförmig oberhalb der Kniescheibe bis zum Gelenkspalt auf der anderen Seite geführt wird. Die Patella wird mit Chromcatgut Nr. 2 genäht, darüber eine die Patella überquerende Matratzennaht gelegt, die durch Quadricepssehne und Lig. patellae geht. Gipsverband, der nach 10 Tagen seitlich aufgeschnitten wird, worauf die hintere Hälfte als Schiene benützt wird. Beginn der passiven Bewegungen nach 3 Wochen. Erreicht die Beugung nach 2 Monaten nicht 45 Grad, so wird in tiefer Narkose bis zum rechten Winkel gebeugt. Bei mehreren sehr muskulösen Männern wurde Silberdraht verwandt, der aber in zwei Fälen schon bald nach der Operation durchbrach. Ein Kranker behielt nach der dritten Fraktur ein steifes Gelenk infolge Phlegmone. 46 Operierte wurden gehfähig, davon 6 mit beschränkter Beweglichkeit, 40 mit Beugefähigkeit bis 90 Grad. Von den übrigen st das Endergebnis unbekannt. *Gümbel* (Bernau).

Wanietschek: Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der intrauterinen Fraktur des Unterschenkels und zur angeborenen Pseudarthrose desselben. Prag. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 291—293. 1914.

Fall 1: 6 Monate alt, ♂; normale Geburt. 4 cm oberhalb der Knöchel am rechten Unterschenkel findet sich eine angeborene Auftreibung und Knickung mit der Konvexität nach vorn. Die Achillessehne ist verkürzt. Der betroffene Unterschenkel ist $1^1/_2$ cm verkürzt, das Kind im übrigen gesund und kräftig. Offene Durchmeißelung der Knochen, Tenotomie der Achillessehne nach Bayer ergibt gute Gehfähigkeit ohne weitere Verkürzung. Fall 2: 4 Monate alt, ♂; normale Geburt. 3 cm oberhalb der Knöchel besteht eine Knickung am l. Unterschenkel, die deutlich beweglich ist und eine Verkürzung von $1^1/_2$ cm verursacht. Das Röntgenbild zeigt eine schmale, helle Zone zwischen den Knochenden an der Verbiegungsstelle. — Da Redressement nicht zum Ziele führte, Keilosteotomie mit Heilung nach 10 Monaten.

Fall 1 ist eine echte, intrauterine Fraktur, entweder durch äußere Gewalteinwirkung oder durch entzündliche Vorgänge entstanden (dafür spricht die starke Auftreibung). Im 2. Fall handelt es sich um eine angeborene Pseudarthrose. Hier wird das unblutige Redressement nie Heilung herbeiführen, während es dort bei noch weichen Knochen angezeigt erscheint. *Zieglwallner* (München).

Goldammer: Zur Kasuistik seltener Talusverletzungen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 710—728. 1914.

Bericht über 2 einschlägige Fälle: Querfraktur des Talus mit Luxation des Kopfes nach vorn-oben, und isolierte Luxation des Talus nach vorn mit Drehung um 90 Grad um die sagittale Achse. Gute Resultate durch blutige Reposition. Die konservative Behandlung muß prinzipiell für diese Fälle gefordert werden, außer wenn der Knochen total zertrümmert ist. *Magnus* (Marburg).

Griewank, H.: Sur une variété rare de pied de Madura (mycétome à grains rouges). (Über eine seltene Varietät des Madurafußes [Mycetom mit rohen Pilzkörnern].) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **35**, Nr. 14, S. 159—160. 1914.

Madurafuß ist bei den Mauren Nordafrikas nicht so selten; doch kommen meist Erkrankungen mit weißen oder schwarzen Körnern zu Gesicht. Griewank berichtet über einen 17jähgen Mauren, bei dem im 9. Lebensjahr nach einem Stich mit einem Akaziendorn an der Streckseite der großen Zehe der Tumor entstand, trotz Exstirpation durch eingeborene Ärzte ständig wuchs und zum typischen Mycetom des vorderen Fußes führte. Die Untersuchung des amputierten Fußes ergab rote aus dichtem Mycel bestehende Körnermassen reichlich in das sulzige Gewebe eingelagert. *zur Verth* (Kiel).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 7 S. 401—432

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Manninger, Vilmos: Über den Schmerz. Orvosi Hetilap Jg. 58, S. 269—272, S. 296—299 u. S. 313—315. 1914. (Ungarisch.)

Zur Erklärung der Schmerzempfindungen geht Verf. von der Reussschen Theorie zur Deutung der Hyperästhesie nach Hemisektion des Rückenmarkes aus. Diescent-steht nach Reuss in der Weise, daß sämtliche Sensibilitätsimpulse der durchschnittenen Seite durch diejenigen Kollateralen gehen müssen, welche bei Eintritt der sensiblen Wurzeln sich von der Hauptbahn scheiden und durch die graue Substanz der kontra lateralen Seite ihren Weg nehmen. Die Summation dieser nicht schmerzhaften Reize bewegt nun die kurzen Bahnen der grauen Substanz, welche die Schmerzempfindung vermitteln und bringt hierdurch im Zentrum die schmerzhafte Sensation hervor. — Manninger verallgemeinert diese Auffassung, indem er sagt, daß jeder Reiz, welcher einen sensiblen Nerven trifft, sich durch diejenige Bahn verbreitet, auf welcher er die geringste Resistenz trifft. Diese Bahn ist die lange sensible Bahn, welche nur einmal im Ganglion spinale unterbrochen wird, bevor er sich im verlängertem Marke kreuzt. Ist der Reiz größer, so kommt ein Teil desselben in die Kollateralen, reizt die Nervenzellen der grauen Substanz und gelangt in dieser Weise ins Zentrum. Diese Nervenzellen aber kumulieren und transformieren die ihnen zugeführten Reize und so entstehen die Schmerzempfindungen. — Er befaßt sich ausführlich mit den Schmerzempfindungen des Abdomens und mit den bei Erkrankung der Bauchorgane auftretenden hyperalgetischen Zonen der Bauchwand; er fand die klinischen Beobachtungen Heads und Mackenzies an einem reichen klinischen Materiale bestätigt und hält dieselben für einen sehr wertvollen Faktor in der Diagnostik der Abdominalerkrankungen. Zur Erklärung der Schmerzempfindungen des Abdomens muß man nach ihm streng zwischen endo- und exoenterischen Schmerzempfindungen scheiden. Die endoenterischen Schmerzen entstehen durch Reizung des Sympathicus und bringen durch den Ramus communicans ferner liegende Rückenmarksegmente in Erregung, die exoenterischen Schmerzen (durch Zug, Torsion des Mesenteriums, Peritonitis usw.) vermitteln hingegen die spinalen Nerven. Freilich kommen exo- und endoenterische Schmerzen zumeist kombiniert vor, und die Entwirrung derselben ist schwer, doch kann eine befriedigende Erklärung der abdominalen Schmerzen nur durch die Kombination der bisherigen Theorien, welche entweder die Innervation durch den Sympathicus oder aber die Innervation durch die spinalen Nerven allein heranziehen, und strenge Scheidung der endo- und exoenterischen Schmerzen gegeben werden. *Pólya* (Budapest).

Conradi, Erich: Vorzeitiges Auftreten von Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei Chondrodystrophia fœtalis hypoplastica. Histologische und Röntgenuntersuchungen. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 30, H. 1, S. 86—97. 1914.

Im Alter von $5^1/_2$ Wochen verstorbenes, auffallend kleines Kind; keine Tribasilarsynostose, ungleiche Länge der Extremitäten; in sämtlichen Epiphysen, in den Hand- und Fußwurzelknochen finden sich Schatten von unregelmäßiger, zackiger Begrenzung (Verkalkungsherde). Die histologische Untersuchung ergibt alle Merkmale der hyperplastischen Form der Chondrodystrophia foetalis, während bei der röntgenologischen Untersuchung einige charakteristische Merkmale des Leidens fehlen (Verkrümmung und Verdickung der Diaphysen, Überragen der proximalen Fibulaepiphyse über die der Tibia, Abknickung der Epiphysen usw.). Das vorzeitige Auftreten von Knochenkernen sowie die zahlreichen Verkalkungsherde wurden bisher in dieser Ausdehnung nicht beobachtet.
Frangenheim (Köln).

Ducuing, Bourguet, et Clermont: Deux cas de transfusion. (Zwei Fälle von Transfusion.) Arch. méd. de Toulouse Jg. **21**, Nr. 8, S. 88—96. 1914.

Verf. will vor allem die Menge des transfundierten Blutes genau bestimmen.

Erster Fall: schwere Zerschmetterung des Oberschenkels bei 67jährigen Patienten. Bluttransfusion von der 38jährigen Tochter des Verletzten aus durch Verbindung der Radialis der Frau mit der Saphena des Mannes mittels Tuffierscher Röhre. Man läßt 1632 g Blut einlaufen, wie durch genaue Gewichtsbestimmungen vor und nach der Transfusion festgestellt wird. Puls der Frau steigt von 90 auf 106 Schläge, Patient bessert sich zunächst, stirbt aber am 4. Tage. Zweiter Fall: Transfusion bei schwerer Nachblutung nach Neoplasmaoperation. Das Blut wird dem 25jährigen Sohne des Patienten entnommen und zwar eine Menge von 600 g, dabei keine Pulsänderung des Blutspenders. Patient zeigt erst Besserung, stirbt aber am 4. Tage. Beide Blutspender erleiden keine nachteiligen Folgen. *Stadler* (Cuxhaven).

Hart, Carl: Über die anatomische Grundlage der Osteopsathyrosis idiopathica, insbesondere die Osteogenesis imperfecta. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **59**, H. 2, S. 207—275. 1914.

12jähriger Knabe, seit 5 Jahren Alkoholgenuß ergeben, der an Fettleibigkeit, Glycosurie und hochgradiger Porosität des Skeletts, insbesondere der Rippen und der Wirbelkörper litt. Die Knochenveränderungen, die keine Beschwerden machten, wurden bei Lebzeiten des Pat. schon an der Abnahme der Körpergröße erkannt. An den Rippen finden sich zahlreiche Frakturen, deren ringförmiger Callus zu perlschnurartigen Verdickungen der Rippen geführt hat. An den langen Röhrenknochen ist die Atrophie der Knochensubstanz weniger ausgesprochen. Mikroskopisch: völliger Stillstand der Knochenneubildung, nicht nur infolge mangelhafter Tätigkeit der Osteoblasten des alten Knochens, sondern auch des Periosts und deren chondralen Ossifikationsgrenze. Keine Osteoblasten. Die erhebliche Ablagerung von Kalksalzen in den Markkegeln der Nieren beweist aber, daß kalkhaltiger Knochen abgebaut worden ist. Das Fehlen der Osteoblasten, die kümmerliche Entwicklung der Osteoblasten sind der Ausdruck des Unvermögens der Markelemente zu spezifischer Tätigkeit. Die spärlichen osteoiden Säume sind sicher neugebildet, ein malacischer Prozeß liegt nicht vor.

Die Einreihung des Falles unter die bekannten Krankheitsbilder bereitet Schwierigkeiten, und es bleibt zu entscheiden, ob einfache Knochenatrophie, eine rachitisch-malacische Erkrankung oder ein der Osteogenesis imperfecta identischer oder nahe verwandter Prozeß vorliegt. Das Fehlen jeglicher Störung der enchondralen Ossifikation spricht gegen Rachitis. Am meisten ähnelt der histologische Befund, besonders der des Callus dem bei der Osteogenesis imperfecta erhobenen (Osteogenesis imperfecta tarda). Die toxische Wirkung des Alkohols ist als ätiologischer Faktor vielleicht zu berücksichtigen. *Frangenheim* (Köln).

● **Cemach, J.: Chirurgische Diagnostik in Tabellenform für Studierende und Ärzte.** München: J. F. Lehmann 1914. XVI, 10 S., 100 Tab. u. 112 Taf. M. 14.—.

Das vorliegende Buch soll nach des Verf.s eigenen Worten kein Lehrbuch sein. Es ist ein chirurgisches Bilderbuch und entspricht als solches sicher einem Bedürfnis, besonders da die Bilder, mit Ausnahme von ganz wenigen (z. B. Nr. 59 und 98), auch wirklich das zeigen, was mit ihrer Reproduktion beabsichtigt ist. Die Ausführung ist bei der großen Anzahl der Abbildungen und dem geringen Preise des Buches eine recht gute. Der in Tabellenform gegossene begleitende Text gibt eine kurze präzise Übersicht über die diagnostischen Eigenheiten der entsprechenden Kapitel, eignet sich aber durch seine Kürze mehr für den Praktiker, dem es ein diagnostisches Schema geben soll, um der Erinnerung zu Hilfe zu kommen und Zeit zu ersparen. Die Bilder haben aber für den Anfänger den großen Wert, daß sie dem Studierenden die Mannigfaltigkeit der an den einzelnen Körperregionen möglichen Erkrankungen an typischen Beispielen geben und so auch das Auge als Sinn für den Unterricht mehr heranziehen, als es die Lehrbücher gewöhnlich tun, die sich durch den beschreibenden Text zu stark an das Vorstellungsvermögen des Lernenden wenden, dem Erinnerungsbilder noch nicht zur Verfügung stehen. Diese Eigenart wird das Buch schnell beliebt machen.

Gelinsky (Berlin-Halensee).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

Hart, O. A.: Vaccines and immunity in their relation to surgery. (Vaccination und Immunität in ihren Beziehungen zur Chirurgie.) Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. **13**, Nr. 6, S. 371—373. 1914.

Kursorischer Überblick über die Prinzipien der Antikörperbildung. Die Wrigthschen Opsonine waren für die Vaccinetherapie maßgebend. Hart zieht die autogenen Vaccins den fertigen polyvalenten entschieden vor. Im Verein mit anderer Therapie war ihm die Vaccination bei vielen chirurgischen Affektionen recht wertvoll. Die Dosierung richtete sich im wesentlichen nach der klinisch wahrnehmbaren allgemeinen und lokalen Reaktion. *Wolfsohn.*

Breiger: Welche Aussicht hat die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit künstlichem Lichte? Med. Klinik Jg. **10**, Nr. 26, S. 1099—1102. 1914.

Künstliches Licht ist wohl imstande, bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose die Höhensonne zu ersetzen. Aus langjähriger Erfahrung heraus empfiehlt Verf. nach Möglichkeit Lokal- und Allgemeinbehandlung zu kombinieren. Zur lokalen Therapie eignet sich am besten Kohlenbogenlicht, zur allgemeinen hingegen die Quarzlampe („künstliche Höhensonne"). Die von König angegebene Kombination — Montierung der Quarzlampe mit einem Kranz von Glühbirnen — erscheint ihm in bezug auf rote Strahlen nicht genügend. — Mitteilung eines Falles von kindlicher fistelnder Handtuberkulose, die er bereits 1907 mi Kohlenbogenlicht behandelte und definitiv heilte. *Posner* (Jüterbog).

Brauer, L.: Klinische Mitteilungen zur Behandlung der Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **31**, H. 2 (Festschr. z. 25jähr. Besteh. d. Eppendorfer Krankenh.), S. 141—158. 1914.

Die „Heilwirkung" des F. F. Friedmannschen Tuberkulosemittels wird durch einen jüngst erschienenen Bericht des Gesundheitskommissars des Staates New-York, Dr. Goldwater, illustriert. Über 47 von den 77 seinerzeit von Friedmann behandelten Kranken gelang es, Nachricht zu bekommen, und es befinden sich von diesen 5 zu Hause, 22 in Hospitälern und Sanatorien (als unheilbar), 7 in Kliniken (bedürfen noch weiterer Behandlung), einer in Privatbehandlung, 12 Patienten sind gestorben! — Mitteilung eigener Erfahrungen an Kranken, die sämtlich von Friedmann persönlich gespritzt worden waren: Niemals Heilung, nie dauernde Besserung, mehrere Todesfälle. — Der angesehene Tuberkuloseforscher schließt mit der Mahnung, bei neuen Tuberkulosemitteln mit „harten" Kriterien zu urteilen. *Posner* (Jüterbog).

Rolleston, J. D., and C. Macleod: Intramuscular injections of antitoxin in the treatment of diphtheria. (Intramuskuläre Antitoxineinspritzungen bei der Diphtheriebehandlung.) Brit. journ. of childr. dis. Bd. **11**, Nr. 127, S. 289—297. 1914.

Verff. haben obige Methode an 261 Kranken mit gutem Erfolge erprobt. Die Vorzüge gegenüber der subcutanen und intravenösen Injektion sind vor allem rascheres Auftreten der Antitoxinwirkung im Blute bei längerem Anhalten derselben infolge verlangsamter Ausscheidung, ferner leichtere Resorption und geringere Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle (Vastus externus). *v. Khautz* (Wien).

Wwedenski, K. K.: Zur Frage über den diagnostischen Wert der Komplementbindungsreaktion bei chirurgischer und experimenteller Tuberkulose. (*Chirurg. Klin. Prof. N. A. Weljaminoff, K. Milit.-med. Akad. u. Epizootholog. Abt. Prof. A. A. Wladimicoff, K. Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.*) Dissertation: St. Petersburg 1914. 220 S. (Russisch.)

Nach kurzem geschichtlichen Überblick der Komplementbindungsreaktion, deren praktischer Anwendung zur Differenzierung verschiedener Eiweißarten und deren Bedeutung für die Luesdiagnose in Gestalt der Wassermannschen Reaktion widmet Verf. einen Abschnitt einer Reihe anderer Erkrankungen, in denen die Komplementbindungsreaktion diagnostisch ausprobiert worden ist. So bei Bandwürmern, unter denen die Weinbergsche Echinokokkusreaktion große Bedeutung erlangt hat; bei Trichinose ist das endgültige Urteil noch abzuwarten; bei verschiedenen Pilzkrankheiten,

wie Sporotrichosis, Actinomyces, Trichophyton, Oidium lactis, sind die Resultate bisher als unsicher zu bezeichnen; bei Tumoren wird der v. Dungernschen Reaktion in Zukunft vielleicht ein diagnostischer Wert zukommen; bei Erkrankungen der Schilddrüse scheint ebenfalls eine spezifische Antigenbildung stattzuhaben; bei der Podagra glaubte Falkenstein in der Harnsäure das spezifische Antigen erblicken zu können; bei Pocken sind auch erfolgreiche Versuche mit der Komplementbindungsreaktion gemacht worden, doch ist die Technik noch mangelhaft; bei der Tollwut müssen die bisherigen Resultate als negativ bezeichnet werden wie auch bei Typhus recurrens; bei Protozoenerkrankungen sind scheinbar einige Erfolge nur an Tieren erzielt worden; bei Lepra wird tatsächlich eine spezifische Reaktion beobachtet, doch kann nebenbei auch eine nicht spezifische Komplementbindung einherlaufen; ferner wird die Komplementbindungsreaktion als negativ bei Scharlach, Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion, wie Diphtherie genannt; für die Zukunft kann man Erfolge bei croupöser Lungenentzündung, Flecktyphus, Keuchhusten, Milzbrand, Rotzkrankheit und der Abortepizoothie der Kinder erwarten, während gute Resultate schon gegenwärtig bei Gonokokkeninfektion, epid. cerebro-spinaler Meningitis, Rhinosklerom, Abdominaltyphus, Dysenterie, Cholera und Pest erreicht worden sind. Im zweiten Kapitel werden die bisherigen Resultate, welche mit der Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose des Menschen und der Tiere erzielt wurden, besprochen, indem Verf. eine Menge von Widersprüchen, die z. T. durch verschiedenes Untersuchungsmaterial, noch mehr durch die angewandte Technik und nicht zum mindesten durch Versuchsfehler bedingt sein mochten, hervorhebt. Die eigenen Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf 292 Sera, von denen 116 menschlichen, 176 tierischen (Kühe, Ziegen, Kaninchen und Meerschweinchen) Ursprungs waren. Unter den Kranken befanden sich 62 manifeste, auch bakteriologisch bestätigte Tuberkulosen (außer 6 Lungentuberkulosen — alles chirurgische Formen), 20 waren nur verdächtig, 10 hatten keinerlei Tuberkuloseanzeichen und 24 waren Lupuskranke. Von den Tieren waren 82 von Tuberkulose betroffen (davon 70 Meerschweinchen mit Impftuberkulose), 77 — frei von Tuberkelbacillen — und 17 — obgleich gesund — wurden Tuberkulin- und anderen bakteriellen Antigeninjektionen unterworfen. Verf. befolgte die von Bordet und Gengou angegebene und von Wassermann und Bruck ausgearbeitete Technik:

1. Frisches Meerschweinchenserum-Komplement; 2. mit Hammelblut vorbehandeltes Kaninchenserum — hämolytischer Amboceptor; 3. 2,5% Hammelblutkörperchensuspension — hämolytisches Antigen; 4. die zu untersuchenden Sera wurden in einer Menge von 0,2—0,1 und bei starkem Ausfall sogar von 0,05 genommen; 5. die Proben wurden stets mit mehreren Antigenen angestellt und zwar nach Prüfung verschiedener Herstellungsarten wurden ihrer größeren Konstanz wegen die Bakterienextrakte des T. humanus, bovinus, avium et piscium den Bakterienemulsionen vorgezogen, von verschiedenen Tuberkulinsorten dem Tuberkulin des Inst. f. Exp. Med., das nach Art des Alttuberkulins Kochs bereitet wird, der Vorrang gegeben, endlich kamen noch wässerige und alkoholische nach Wassermanns Vorschriften bereitete Extrakte tuberkulöser Leber, Milz und Lungen zur Anwendung. Vergleichshalber wurden oft auch andere Antigene — wässerige Extrakte von abgetöteten Rotzbacillen, Mallein des Inst. f. Exp. Med. und Emulsionen von Typhusbacillen — gebraucht. Es wurden alle möglichen Vorsichtsmaßregeln zur Ausschaltung von Versuchsfehlern ergriffen.

Es werden alle Krankengeschichten und die Versuchsergebnisse in übersichtlicher Tabellenform angeführt, indem Verf. auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen kommt: 1. Mit den Seris tuberkelbacillenfreier Menschen und Tiere ergab die Komplementbindungsreaktion stets ein negatives Resultat (es trat volle Hämolyse ein). 2. Die größte Zahl positiver Ergebnisse dieser Reaktion fällt auf chronisch verlaufende Affektionen chirurgischer Tuberkulose, wie überhaupt auf Fälle ausgeprägter und verbreiteter Tuberkulose. 3. Die Anfangsstadien von Tuberkulose lassen sich mit Hilfe der Komplementbindungsreaktion schwer erkennen, meist geben die Anfangs-, wie auch Endstadien von Tuberkulose einen vollständig negativen Ausfall. 4. Als bestes Antigen bewährten sich die Bakterienextrakte, indem bei der Komplementbindung der Typus des Tuberkelbacillus eine untergeordnete Rolle spielt, doch müssen stets mehrere verschiedene Antigene zu einem Versuch angewandt werden. 5. Die verschie-

denen Tuberkulinarten eignen sich weniger, ausgenommen die Fälle vorausgegangener subcutaner Tuberkulininjektion, wo sie als spezifisch gelten können, während die Bakterienextrakte auch hier nur im Falle des Vorhandenseins eines tuberkulösen Herdes einen positiven Ausfall geben. 6. In den Fällen chirurgischer Mischformen von Syphilis und Tuberkulose gibt die Komplementbindungsreaktion nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Anhaltspunkte zur Bestimmung beiderlei Antikörper. 7. Bei weiterer Ausbildung der Technik kann die Komplementbindungsreaktion ein wertvolles Hilfsmittel zur Erkennung chirurgischer Tuberkulosen werden.

Stromberg (St. Petersburg).

Geschwülste:

Fowler, Frank: The place of X rays in the treatment of cancer. (Die Stellung der Röntgenstrahlen bei der Behandlung des Krebses.) Brit. med. journ. Nr. **2789**, S. 1284—1286. 1914.

Um der guten Wirkung der Radiumstrahlen nahezukommen, verwendet der Röntgentherapeut nur möglichst harte Strahlen. Es wird besprochen, wann und aus welchen, zumeist äußeren Gründen Radium oder Röntgenstrahlen geeigneter sind zur Behandlung der einzelnen Carcinome. Jeder operable Primärtumor soll natürlich operativ entfernt werden. Die Resultate bei sekundär infizierten Lymphdrüsen sind sehr gut, besser, als bei Ausräumung (ebenso bei Tuberkulose und Hodgkin). Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß Röntgenbestrahlung der Drüsenmetastasen der Ausräumung vorzuziehen ist (Operation ohne Radikalausräumung). Er schließt weiter aus seinen Erfahrungen, daß alle Fälle operierter Brust-, Lippen- und Zungencarcinome ausgiebig zu bestrahlen sind, und daß hinreichende Bestrahlung Rezidive zu verhüten imstande ist. *Hoffmann* (Dresden).

Verletzungen:

Edington, Geo H.: The operative treatment of fractures, with special reference to plating. (Operative Frakturbehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Plattenverfahrens.) Glasgow med. journ. Bd. **82**, Nr. 1, S. 20—27 1914.

Bleibende Fisteln oder große Knochennekrosen sind selten. Dagegen führen die Platten oft zu Reizzuständen oder zu mangelhafter Vereinigung, so daß sie entfernt werden müssen. Die Schrauben werden durch Knochenresorption in der Regel sehr bald locker; auch kann es infolge der so entstehenden Defekte zu sekundären Frakturen kommen. — Verf. entfernt deshalb die Platten unter allen Umständen am Ende der 4. Woche. Die Endresultate sind im ganzen gut. Will man operieren, so können die Platten bei einfachen Frakturen gleich, bei komplizierten am Ende der ersten Woche eingelegt werden. Zuverlässige Fixation durch Schienenverband ist unerläßlich. Der Draht ist als Fremdkörper nicht so störend wie die Platte.

Magnus (Marburg).

Kriegschirurgie:

Kefeli, J. I.: Die Verluste der russischen Flotte an Mannschaften während des Krieges mit Japan. (Statistische Untersuchungen auf Grund von Daten der an der Marinesanitätsverwaltung bestehenden Kommission zur Erstattung eines Sanitätsberichtes über den russisch-japanischen Krieg.) Dissertation: St. Petersburg 1914. 151 S. Westnik. Krassnawo Kresta (Zeitschr. d. Russ. Roten Kreuzes) Jg. **1914**, Nr. 5, S. 665—743. 1914. (Russisch.)

Verf., der als Schiffsarzt den Beginn des Krieges in Port Arthur erlebte und dann als Leiter der ersten Marinesanitätskolonne und des Verwundetentransportes zur See die ganze Belagerung Port Arthurs mitmachte, hatte als Mitarbeiter der obengenannten Kommission seit 1908 Gelegenheit, mit allen offiziellen Dokumenten, Daten und Anschriften, wie auch späteren Umfragen bekannt zu machen. Durch jahrelange Bearbeitung des ganzen Materiales mit Hilfe des Kartensystems konnte Verf. eine Reihe auch für künftige Seeschlachten wichtiger Sanitätsfragen beleuchten. Die Gesamtverluste zur See machten 9365 Mann = 31,8% aus, indem das Verhältnis der Toten und an Wunden Verstorbenen zu den Wiedergenesenen 7:3 war, während bei den

prozentualiter gleichen Verlusten zu Lande (176 788 Mann = 32,8%) dieses Verhältnis 2:8 ausmachte. Dieses fast umgekehrte Verhältnis findet seine Erklärung in dem bei Seeschlachten statthabenden enormen Verluste an Ertrunkenen infolge des Unterganges ganzer Schiffe. Bei Seeschlachten ohne Untergang von Schiffen betrug der Gesamtverlust bloß 10% und die Zahl der Toten machte nur 1,5% aus. Die größten und schwersten Verluste erlitten die Panzerschiffe, auf die das stärkste Artilleriefeuer gerichtet war. Beim Untergange beschossener Schiffe erreichten die Gesamtverluste 74,3% mit 71,1% Toter. Die große Zahl Ertrunkener dabei muß durch ungenügende Rettungsmittel für die Mannschaft erklärt werden. Schiffe, die auch nach erlittenen Schußverletzungen über Wasser blieben, zeigten nach erfolgter Minenexplosion kleinere Verluste (bis 10%, Panzerschiffe bloß 1,6%), als nach ausgiebigem Artilleriefeuer (bis 30%, indem die ungepanzerten Schiffe sogar besser davonkamen). Die Verluste an Toten unter Offizieren und Gemeinen waren verhältnismäßig die gleichen, die von den Wunden Wiedergenesenen ergaben für die Offiziere eine doppelt so große Zahl wie für die Gemeinen. Auf einen Schwerverwundeten kamen zwei Leichtverletzte. 80% aller Verletzungen fielen auf Wunden, an zweiter Stelle standen die Kontusionen, weitere Fälle kamen auf Kombustionen, Gasvergiftungen, Shock und Hitzschlag. Die Mortalität unter den behandelten Fällen betrug an Wunden 7,5, an Kontusionen 0,5, an Verbrennungen 14,0 und an Gasvergiftungen 8,7. Die überwiegende Mehrzahl der Verletzungen war durch Artilleriegeschosse verursacht worden und zwar 95% der Wunden, 81,2% der Kontusionen und 50% der Verbrennungen. Die Arbeit enthält eine Menge detaillierter statistischer Ausführungen für einzelne Schlachten, Schiffe usw. und sehr instruktive Diagramme für alle wichtigeren statistischen Berechnungen.

Stromberg (St. Petersburg).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Tuffier, Th., et G. Loewy: Insufflation intratrachéale. (Insufflationsnarkose.) Presse méd. Jg. 22, Nr. 52, S. 497—499. 1914.

Verf. besprechen die Entwicklung der Methode und erläutern an der Hand einiger instruktiver Figuren ihre Ausführung. Weiter geben sie die Beschreibung eines einfachen, aus drei Flaschen und einem Manometer gebildeten Apparates (ohne Bezugsquelle). Keine klinischen Belege. *Kulenkampff* (Zwickau).

Manninger, Vilmos, und Milivoj Borwoski: Zur Frage der Phrenicuslähmung nach Novocaininjektionen am Halse. Budapesti Orvosi Ujsag Sebezet Jg. 12, No. 1, S. 1—2. 1914. (Ungarisch.)

Im Gefolge der Plexusanästhesie nach Kulenkampfs Methode wurden von mehreren Autoren starke Schmerzen im unteren Teile des Thorax und schwere, oberflächliche Atmung beobachtet. Hierfür wurde Läsion der Pleura (Heile, Kulenkampf), des Nervus thoracicus longus (Stein), Lähmung des Phrenicus (Sievers. Siebert, Eberle und Klausen) beschuldigt. Manninger und Borwoski beobachteten zwei derartige Fälle, und in einem dieser konnte die Lähmung des Zwerchfelles an der Seite der Injektion radiologisch festgestellt werden, zugleich wurde unter der Mamma eine 10 cm lange, 3 cm breite stark hyperästhetische Zone nachgewiesen. Der Symptomenkomplex dauerte 6 Stunden, die Schmerzen bestanden noch am anderen Tage. Verff. glauben, daß nur die Erregung des Phrenicus eine hinreichende Erklärung für den Symptomenkomplex gibt. Praktisch läßt sich der Schluß ziehen, daß man 1. nicht beide Plexus zugleich anästhesiere, da durch beiderseitige Lähmung oder Irritation des Phrenicus das Leben direkt gefährdet werden könnte und 2. daß man die Plexusanästhesie nicht genau nach Kulenkampfs Vorschrift, sondern in der Weise ausführen soll, daß man den Einstich $^1/_2$—1 cm lateral von der Pulsationsstelle der Art. subclavia macht. Man erreicht in dieser Weise ebenso sicher den Plexus und vermeidet mit Gewißheit eine Verletzung der Arteria subclavia. *Pólya* (Budapest).

Desinfektion und Wundbehandlung:

Oeconomos, Spyridion N.: Le pansement à l'alcool et en particulier à l'alcool méthylique. (Über den Alkoholverband, speziell Methylalkohol.) Montpellier méd. Nr. 26, S. 601—609. 1914.

Oeconomos empfiehlt den 30—50proz. Methylalkohol zu Verbänden sowohl bei aseptischen als auch bei infizierten Wunden. Er lobt seine lokal blut- und schmerzstillende sowie antiseptische Wirkung; von der Wunde resorbiert wirkt er tonisierend und excitierend. *Vorderbrüge.*

Agazzi, Antonio: Per la disinfezione delle mani. (Utilità dell' uso del vapor d' acqua.) (Händedesinfektion. Nützlichkeit von Wasserdampf.) (*R. scuola di ostetr., Novara.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. 1, Nr. 4, S. 321—337. 1914.

Die Unmöglichkeit, die Hände zu desinfizieren, beruht zum größten Teile darauf, daß in der Tiefe der Schweißdrüsen gelegene Keime durch das Feuchtwerden und Schwitzen der Hand auf die Oberfläche derselben gelangen. Verf. beweist dieses experimentell dadurch, daß er die mit Bacterium prodigiosum infizierten und dann nach verschiedenen Methoden (Alkohol, Sublimat nach vorherigem Waschen) desinfizierten Hände durch heiße Wasserdämpfe zum Schwitzen brachte und hiernach feststellte, wie die durch die Desinfektion zunächst keimarm gewordenen Hände wiederum bedeutend zahlreichere Keime aufwiesen. In einer zweiten Reihe von Versuchen stellte Verf. fest, daß die Hände eine durch heißen Wasserdampf erzeugte Wärme bis zu 55° und eine trockne Erwärmung bis zu 60°, ohne Schaden zu leiden, ertrugen, daß aber die feuchte Wärme auf die Bakterien deletärer wirkte als die trockne. In einer dritten Reihe von Versuchen wusch er die mit prodigiosus infizierten Hände 10 Minuten mit Wasser von 45°, Seife und Bürste, setzte sie zum Schwitzen 40 Minuten heißen Wasserdämpfen von 50—60° aus und wusch sie nun von neuem 10 Minuten lang mit warmem Wasser und Seife, um die aus den Drüsen herausgeschwitzten Keime zu entfernen. Durch dieses etwas komplizierte Verfahren gelang es ihm, die mit Bacillus prodigiosus infizierten Hände fast keimfrei zu machen und an den mit dem widerstandsfähigeren Staphylococcus aureus infizierten Händen die Keimzahl bedeutend herabzusetzen. In Anbetracht dessen, daß die Hände des Chirurgen und Gynaekologen kaum jemals derartig infiziert sein werden, wie die künstlich mit Bakterien verunreinigten, glaubt Verf., daß seine mit künstlichem Schwitzen der Hände kombinierte Desinfektionsmethode der Hände zu empfehlen ist. Die Hauptsache ist auch hier aber, daß der Chirurg und Gynaekologe vermeidet, seine Hände mit infizierten Wunden in Berührung zu bringen. Versuche, die statt des heißen Wasserdampfes mit Alkoholdämpfen ausgeführt wurden, gaben keine besseren Resultate. *Herhold* (Hannover).

Radiologie:

Ledoux-Lebard, R.: Dispositif de protection des malades contre les radiodermites pendant la radioscopie et la radiographie. (Anordnung zum Schutze der Kranken gegen Hautreizung bei Durchleuchtung und Aufnahme mit Röntgenstrahlen.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 6, Nr. 56, S. 183—186. 1914.

Verf. empfiehlt die Verwendung von Aluminiumfiltern, die auch bei der Durchleuchtung das Bild nicht beeinträchtigen, und beschreibt einen von ihm erfundenen Apparat zur Fixation des Filters. Der Wertschätzung des Aluminiumfilters schließen sich an Henri Béclère und Guilleminot. *Hoffmann* (Dresden).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Gillette, William J.: Avulsion of the scalp. (Abreißen des Skalps.) New York med. journ. Bd. 99, Nr. 23, S. 1135—1137. 1914.

Im Anschluß an einen Fall, wo bei einem 17jährigen Mädchen infolge Maschinenunfall die ganze Kopfhaut abgerissen wurde, bespricht Gillette die ganze ihn zugängliche Literatur. Sein Fall heilte, nachdem die von der Schwester und Bruder genommenen Thierschschen Lappen abstarben. *v. Lobmayer* (Budapest).

Hirnhäute, Gehirn:

André-Thomas: L'épilepsie partielle sensitive dans les tumeurs cérébrales. Sa valeur au point de vue du diagnostic et des indications opératoires. (Die sensitive partielle Epilepsie bei Hirntumoren.) Paris méd. Jg. 4, Nr. 28, S. 47—51. 1914.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf jene Sensibilitätsstörungen, welche den Konvulsionen vorangehen bei von Geschwülsten hervorgerufener Epilepsie. Diese Empfindungsstörungen werden manchmal von Konvulsionen nicht begleitet, so daß bei der Frühdiagnose von Geschwülsten dies nicht außer acht gelassen werden darf.

Verf. berichtet ausführlich über einen Fall, wo schon 2 Jahre vor der Entwicklung anderer Symptome die sensitive Epilepsie bemerkbar war, welche anfangs, vor den Krämpfen aus dem kitzligen Gefühl im linken Mundwinkel und dem Erstarren der linken Handfinger bestand; später hörten die Konvulsionen vollständig auf, die obigen Symptome blieben jedoch. Nach 2 Jahren wurden die übrigen Symptome beobachtet, welche die Diagnose der Hirngeschwulst bestärkten. *v. Bakay* (Pozsony).

Maklakow, A.: Un cas de télangiectasie du cervelet. (Ein Fall von Telangiektasie des Kleinhirns.) Ann. d'oculist. Bd. 151, Nr. 4, S. 252—256. 1914.

22jähriger Kranke meldete sich wegen Sehstörungen, doch war der Augenspiegelbefund negativ und die Sehschärfe vollständig. Nach 9 Monaten beklagte sich Kranker über ein blasendes Geräusch im Kopfe. Mit Stetoskop ist an der linken Seite des Kopfes ein ausgesprochenes blasendes Geräusch hörbar, welches synchron mit dem Puls ist. Das Geräusch hörte auf sobald die linke Karotis zusammengedrückt wird. Zu beiden Seiten sind die Papillen ödematös. Nach einem Monat verengte sich das Gesichtsfeld auf weiß und grün, nach 5 Monaten ausgesprochene beiderseitige Stauungspapille, Abnahme der Sehschärfe, taumelnder Gang, Doppelsehn. Nystagmus. Die Parese des rechten Musculus obliquus. Der Neorolog konstatiert die cerebellare Ataxie und Facialisparese. Die Operation wurde zweizeitig augeführt. Geschwulst wurde nicht gefunden. Der Patient starb nach 1 Woche infolge eitriger Meningitis. Sektion: An der linken Hemisphäre des Kleinhirns Telangiektasie der Gefäße, der Durchschnitt einiger Gefäße war von der Stärke einer Gänsefeder. *v. Bakay* (Pozsony).

Hypophyse:

Belot, J.: Un cas de déformation de la selle turcique. (Ein Fall von Veränderung der Sella turcica.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 6, Nr. 56, S. 175—176. 1914.

Nach Angabe amerikanischer Autoren findet sich als radiologisches Zeichen der Epilepsie Schrumpfung der Sella turcica, deren Processus clinoidei anteriores et posteriores sich vereinigen zu wollen scheinen.

Belot demonstriert ein Röntgenbild, das deutlich derartige Veränderungen zeigt, jedoch von einem jugendlichen Individuum stammt, das niemals epileptiforme Krämpfe gehabt hat. Dagegen zeigt das Individuum Verdickung der Schädelwandung, Verlängerung des anteroposterioren Schädeldurchmessers und Veränderungen an Unterkiefer und Händen, die eher auf eine in Entwicklung begriffene Akromegalie hindeuten. Es wären diese Veränderungen gerade entgegengesetzter Art, als sie sonst bei Akromegalie gefunden werden. B. neigt jedoch zu der Ansicht, daß hier ein Anfangsstadium dieser Erkrankung vorliegt. *Hoffmann* (Dresden).

Fühner, H.: Active principles in the hypophysis. (Aktive Substanzen der Hypophysis.) Monthly cyclop. a. med. bull. Bd. 7, Nr. 5, S. 266—267. 1914.

In dem protëinfreien Hypophysisextrakt finden sich vier verschiedene Substanzen, die sich auf chemischem Wege trennen lassen und eine verschieden starke Wirkung auf Blutdruck, Respiration und Uterusmuskulatur besitzen. *Rittershaus* (Düsseldorf).

Auge:

Nonne, M.: Über die Bedeutung der Liquoruntersuchung für die Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, H. 3/6 (Festschr. d. Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf z. 25jähr. Bestehen), S. 155—177. 1914.

Jahrelang fortlaufende Beobachtungen zeigen, daß isolierte Pupillenstörungen isoliert bleiben, daß sich denselben aber auch weitergehende syphilogene Nervenleiden anschließen können. Die Kontrolle des Liquors ist für die Beurteilung der Dignität der Pupillenanomalien von Wichtigkeit, sie zeigt, daß die Störungen bei normalem

Liquor Reste eines ausgeheilten oder stets rudimentär gewesenen Prozesses am Zentralnervensystem darstellen, daß sie aber auch andererseits bei pathologischen Reaktionen im Liquor dauernd unverändert bleiben können, woraus sich ergibt, daß die Prognose bei isolierten Pupillenanomalien auf luetischer Basis nicht lediglich nach dem Ausfall der 4 „Reaktionen" gestellt werden darf, und man sich hüten muß, den prognostischen Wert positiver Liquorreaktionen in ungünstigem Sinne zu überschätzen. *Kroh* (Köln).

Mund:

Réthi, Aurél: Zur Technik der in der Tiefe ausgeführten Nähte. (*Rhinolaryngol. Klin., Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, No. 21, S. 411—412. 1914. (Ungarisch.)

Zur Knüpfung der Nähte in der Tiefe, hauptsächlich im Rachen werden eigenartige Plomben aus Tombak empfohlen, welche mit einem geeigneten Instrument geschlossen werden sollen. Um das Hereinfallen der Plomben in den Rachen zu verhindern werden dieselben an einen Seidenfaden fixiert, appliziert, der Seidenfaden am Gesicht mit Leukoplast fixiert. *Pólya* (Budapest).

Pólya, Jenö: Zur Behandlung der postoperativen Parotitis. (*St.-Stephans-Hospital, Budapest*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, S. 375—376. 1914. (Ungarisch.)

Die postoperative Parotitis ist zumeist die Folge einer aus dem Munde ascendierenden Infektion, zu dessen Zustandekommen die mangelhafte oder fehlende Speichelsekretion die Hauptrolle zu spielen scheint, diese ist wieder mit der mangelhaften oder fehlenden oralen Ernährung in kausalem Zusammenhange. Pólya beobachtete einen in dieser Hinsicht lehrreichen Fall, wo nach Resektion eines callösen Magengeschwüres die Parotitis 3 Wochen p. Op. eintrat, und zwar nach Sistierung der Ernährung per os, welche durch eine profuse Magenblutung indiziert war. — Anschließlich dieses Falles kam Verf. auf die Idee, die beginnende Parotitis durch Hervorrufung eines profusen Speichelflusses zu heilen, wodurch man die in den Gängen der Speicheldrüse befindlichen Bakterien auswaschen könnte. Zu diesem Zwecke wurde einer Patientin, welche nach Choledochotomie an Parotitis erkrankte, viel Brot zu kauen gegeben mit der Weisung, daß sie das gekaute Brot dann wieder ausspucke. Die Parotitis heilte in drei Tagen vollkommen aus. *Pólya* (Budapest).

Wirbelsäule:

Truslow, Walter: Study of the deformity curves in tuberculosis of the spine, with special reference to operative procedure. (Studien über die Biegungskurven bei der Wirbelsäulentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung.) Arch. of diagn. Bd. **7**, Nr. 2, S. 168—179. 1914.

Bei zwei von acht Patienten mit Albeescher Spondylitisoperation hat Verf. wiederholte genaue Messungen und Aufzeichnungen der Biegungskurven der Wirbelsäule gemacht. Es ergab sich, daß nach sechswöchiger Bettruhe post operationem zunächst durch das Aufstehen eine Zunahme der Biegungen (Lumbal- und Dorsalkurve) um ca. 3 bis 4% eintrat. Es wurde daher eine kurze Stütze (Gipskorsett) für den Lumbalteil der Wirbelsäule gegeben. Damit war eine allmähliche Verminderung der Lumbal- wie der Dorsalbiegung zu erzielen. Es soll damit nicht der Nutzen der Operation herabgesetzt werden, denn die Patienten waren stets schmerzfrei, nur wäre in Zukunft auf die Veränderung der Lumbalbiegung mehr zu achten. *Baisch* (Heidelberg).

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:

Richter, Hugo: Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Radicotomie nach Förster. (*Gehirnhistol. Inst., Univ. Budapest.*) Orvosi Hetilap **58**, S. 42—46. 1914. (Ungarisch.)

In einem Falle von schwerer spastischer Hemiparese wurden die hinteren Wurzeln $C_5C_6C_8D_1$ durchgeschnitten. Die spastischen Erscheinungen besserten sich nicht. Tod in 8 Monaten. In Erklärung dessen, daß die spastischen Erscheinungen ungebessert blieben, wird eine Statistik Schlesingers herangezogen, laut welcher die funktionellen Resultate bei Kindern, welche an

Littlescher Krankheit oder verwandten Zuständen leiden, viel besser sind als bei Erwachsenen. Ähnliches beweist eine neue Statistik Haeckels und die sich immer mehrenden Angaben der Literatur, wozu auch der mitgeteilte Fall gerechnet wird, wo die Spasmen trotz Radicotomie unverändert fortbestanden. Die Ursache dieser Erfahrungen liegen darin, daß die Littlesche Krankheit zu einer Zeit auftritt, wo die Pyramidenbahnen noch nicht entwickelt sind und somit ihr hemmender Einfluß noch nicht zur Geltung kam. In dieser Zeit befinden sich also die Bewegungen des Kindes ausschließlich unter der Kontrolle der zentripetalen Bahnen, und die Durchschneidung dieser hebt die durch die Erregung dieser hervorgerufenen spastischen Zustände so mit einem Schlage auf. Anders bei den spastischen Zuständen, welche bei Erwachsenen entstanden. Hier ist der Einfluß des ersten zentripetalen Neurons auf den Muskeltonus erheblich geringer, da die vollentwickelten Pyramidenbahnen auch schon lange ihren hemmenden Einfluß geltend machten; mit einem Worte bildet die Regelung des Muskeltonus nicht die alleinige Funktion der hinteren Wurzeln, wie bei den an Littlescher Krankheit erkrankten Kindern und somit kann auch der durch Ausfall der Pyramidenbahnen entstandene Spasmus nicht durch Durchschneidung der hinteren Wurzeln aufgehoben werden. Man sollte also die Radicotomie zur Hebung der Spasmen nur in solchen Fällen ausführen, wo die Läsion die Pyramidenbahnen vor ihrer vollen Entwicklung traf, sie ist aber nicht berechtigt in denjenigen Fällen, wo diese Bahnen zur Zeit der Schädigung schon längere Zeit funktionierten.

Es folgt nun die anatomische Beschreibung des Zentralnervensystems. Thalamus und Nucleus ruber waren trotz der lange bestehenden motorischen Reizerscheinungen intakt. Die Spinalganglien zeigten 254 Tage nach der Radicotomie verhältnismäßig kleingradige Veränderungen; der mit dem Ganglion zusammenhängende Nervenstumpf war nicht degeneriert. Im Niveau der Radicotomie zeigte das Rückenmark Fasernausfall in der Lissauerschen Zone, mäßigeren Fasernausfall in der Substanz des Hinterhorns und der Substantia gelatinosa; hochgradigen doch nicht vollständigen Ausfall der bogenförmigen Reflexkollateralen, dies wurde in kleinerem Grade auch in den benachbarten gesunden Segmenten nachgewiesen. Auch wurde eine Verkleinerung des Vorderhorns, und zwar in der Gegend des lateralen Fortsatzes und des posterolateralen Winkels nachgewiesen. (Zusammenhang mit dem Ausfall der Reflexkollateralen.) Die aufsteigenden degenerierten Fasern bleiben eine längere oder kürzere Strecke zusammen, ungefähr 5 Segmente höher vermischen sich sämtliche Wurzeln miteinander. Die absteigenden degenerierten Fasern verlaufen zusammen mit endogenen Fasern in der Kommabahn von Schulte. *Pólya* (Budapest).

Hals.

Allgemeines:

Dupre, Barton G.: A transitional type of cervical rib with a commentary by T. Wingate Todd. (Eine Übergangsform der Halsrippen.) (*Anat. laborat. Western res. univ., Cleveland, Ohio.*) Anat. rec. Bd. 8, Nr. 6, S. 313—324. 1914.

Eingehende anatomische Beschreibung eines Falles. Auf der linke Seite war die Halsrippe fest mit dem VII. Halswirbel verschmolzen, während rechts eine gelenkige Verbindung zwischen Wirbel und Halsrippe bestand. *Deus* (Zürich).

Mowat, Harold: The X-ray treatment of tuberculous glands. (Röntgenbehandlung tuberkulöser Drüsen.) Brit. med. journ. Nr. **2792**, S. 11. 1914.

Verf. hält die Röntgenotherapie für ein vorzügliches Mittel gegen die tuberkulösen Lymphome, seien sie tief oder oberflächlich gelegen, erweicht oder nicht erweicht. Zu verwenden sind harte Röhren, Aluminiumfilter, 1 Sabourauddosis zweimal wöchentlich. Kasuistik. *Harraß.*

Schilddrüse:

Neuber, Ernö: Akut entstandener Absceß der Schilddrüse. (*II. chirurg. Klinik, Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujsag Jg. **12**, No. 16, S. 213—214. 1914. (Ungarisch.)

Engel, Károly, und Renö Holitsch: Zur Symptomatologie der substernalen Strumen. (*II. interne Klin., Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, Nr. 23, S. 445—447. 1914. (Ungarisch).

Die Dämpfung, welche substernale Strumen am Manubrium sterni und an dessen

Seiten hervorrufen, geht beim Schluckakt nach oben. Dies wurde auch am Schatten der substernalen Strumen bei Röntgendurchleuchtung beobachtet. Eine Erklärung findet dieses Symptom durch den Zusammenhang der Geschwulst mit der Luftröhre. Freilich können andere Geschwülste, welche mit der Luftröhre zusammenhängen (in einem Falle eine an Lymphogranulomatose erkrankte Lymphdrüse), dasselbe Symptom hervorrufen, bei Verwachsungen hingegen kann das Symptom fehlen. *Pólya.*

Sonne, Carl: Übt das Antithyreoidin eine spezifische Wirkung gegenüber dem Morbus Basedowii aus? (*Statens Seruminst., Kopenhagen.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **80**, H. 3/4, S. 229—250. 1914.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt nachzuweisen, ob das Antithyreoidin Moebius bzw. das Serum thyreoidektomierter Tiere eine spezifische Wirkung gegenüber Morbus Basedowii habe. Er hat zunächst die Gewinnung des Serums genau studiert namentlich in bezug auf seine Provenienz von wirklich schilddrüsenlosen Tieren und kommt zu dem Schlusse, daß der größte Teil des Antithyreoidins aus in jeder Beziehung normalem Blute stammt, da die Tiere nach der Thyreoidektomie wegen der vorhandenen Nebenschilddrüsen zum größten Teil gesund bleiben. Verf. hat seine Versuche nur mit dem Serum von Tieren mit sicherer Cachexia thyreopriva angestellt. Sie ergaben 1. daß Antithyreoidin absolut keinen Einfluß auf die Wirkung der Thyreoideafütterung beim Tiere hat und 2. daß Antithyreoidin die Reid-Huntsche Acetonitrilprobe in keiner Weise beeinflußt. An basedowkranken Menschen ergaben die Beobachtungen des Verf. in der Mehrzahl eine deutliche subjektive Besserung, die beim Aussetzen des Serums nachließ, sie war aber genau in gleicher Weise vorhanden, ob das Serum von Tieren stammte, die wirklich schilddrüsenlos (mit Kachexie behaftet) oder von solchen stammte, die noch Schilddrüse behielten und keine Kachexie zeigten. Verf. kommt zum Schlusse, daß es mit Antithyreoidin nicht gelingt, auch nur eine Andeutung einer spezifischen Wirkung beim Basedow zu erzielen.

Albert Kocher (Bern).

Liek, E.: Die Frühoperation des Morbus Basedow. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **104**, H. 1, S. 1—64. 1914.

Verf. empfiehlt an der Hand von 28 operierten Basedowfällen warm die Frühoperation an der Schilddrüse. Es handelt sich bei seinen Fällen um ausgesprochenen echten Basedow. Verf. hat nur diejenigen Fälle dazu gerechnet, bei denen er die charakteristischen histologischen Veränderungen fand. Trotzdem glaubt Verf., daß wir bis heute keine sicheren Anhaltspunkte haben, echte Basedowfälle von nicht-Basedowfällen zu unterscheiden. Verf. hat bei seinen Fällen 71,4% Heilung, 16,6% Besserung, 10,6% keine Besserung, 7,1% Todesfälle. *Albert Kocher* (Bern).

Thymus:

Fischer, Aladár: Thymektomie wegen Tracheostenosis thymica. (*Brodyspital, Budapest*). Budapesti Orvosi Ujsag, Gyermekorvos Jg. **12**, Nr. 1, S. 1—3. 1914. (Ungarisch.)

An der Hand eines durch Thymektomie und Thymopexie geheilten Falles wird die thymogene Dyspnöe und deren chirurgische Behandlung besprochen; Verf. stellt folgende Sätze auf: Es gibt eine Tracheostenosis thymica, eine Kompression der Trachea durch den hyperplastischen Thymus, welcher unter dem Bilde paroxysmaler Erstickungsanfälle zu Tode führen kann; dieser Umstand ist durch einen chirurgischen Eingriff zu beheben. Das Verfahren der Wahl ist die Thymektomie und Thymopexie nach Rehn und Klose. Durch die Thymektomie wird nicht nur die Trachealstenose, sondern auch der Allgemeinzustand des Patienten, der Status thymicolymphaticus günstig beeinflußt. *Pólya* (Budapest).

Fischer, Aladár: Rückbildung eines schweren Status excematosus nach Thymektomie. (*Bródyspital, Budapest*). Budapesti Orvori Ujság Börés buyakóstan Jg. **12**, Nr. 1, S. 3—5. 1914. (Ungarisch.)

Ein 2jähriges Mädchen leidet seit langer Zeit an schwerem Gesichts- und Kopfekzem.

In einem paroxysmalen dyspnoischen Anfall Tracheotomie, welche jedoch die Atmungsbeschwerden nicht vollständig behebt, das Kind kann 3 Monate lang nicht decanuliert werden, das Ekzem wird im Spital behandelt, zeigt jedoch keine Besserung. Nach dem Decanulement wieder Atmungsbeschwerden, in einem schweren dyspnoischen Anfall partielle Thymektomie, ein 2 Nuß großer Teil des Thymus wird entfernt. Dies behebt die Atmungsbeschwerden mit einem Schlage und ganz auffallend heilte das Ekzem in 2 Wochen ohne jedwelche Behandlung fast vollkommen aus, nur am Gesicht blieben Reste zurück, welche aber auch seitdem trotz dermatologischer Behandlung nicht besser wurden. *Pólya* (Budapest).

Brust.

Lungen:

Maisel, Albert: Die 1911 und 1912 mit der Wilmsschen Pfeilerresektion behandelten Lungentuberkulosen. Experimentelle Beiträge zur Kompression der tuberkulösen Lunge durch Gummiballon. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **130**, H. 1/2, S. 167—214. 1914.

Historische Einleitung und Statistik der von Wilms in den Jahren 1911 und 1912 operierten 24 Fälle, belegt durch Krankengeschichten. Geheilt 4, erheblich gebessert 9, gebessert 4. In sieben Fällen früher oder später Exitus. Kein Operationstodesfall bei Wilmsscher Pfeilerresektion. Im Tierexperiment zeigte sich an Stelle der Baerschen Plombe eine mit Luft gefüllte, gestielte Gummiblase brauchbar. *Plenz.*

Baer: Pneumolyse mit sofortiger Plombierung. Ber. d. 11. internat. Tuberkul.-Konf., Berlin, 22.—25. X. 1913. S. 154—155. 1914.

Bericht über 8 Fälle von Lungenplombierung mit der von Baer angegebenen Vioformwismutparaffinplombe.

Technik: Extrapleurale Ablösung der Lunge von einem kleinen Thoraxfenster aus. Füllung der Höhle und sofortiger Verschluß der Wunde. Die Menge der Plombenmasse schwankt zwischen 150 und 800 ccm.

Bei allen Besserung, speziell in bezug auf Expektoration, Respiration, Herztätigkeit, Fieber. Keine Aspirationspneumonie, keine Hämoptöe. Geeignet für diese Methode sind Fälle mit gut lokalisiertem Hauptherd und mit deutlicher Schrumpfungstendenz. Voraussetzung ist, daß die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax technisch unmöglich ist. Kombination aber mit Pneumothorax oder Thorakoplastik vervollständigt die Wirkung. *Plenz* (Charlottenburg-Westend).

Dorendorf: Pneumothorax-Bilder bei Lungentuberkulose. Ber. d. 11. internat. Tuberkul.-Konf., Berlin, 22.—25. X. 1913. S. 200—202. 1914.

Verf. hält Pneumothoraxbehandlung für indiziert bei schweren, chronischen Tuberkulosen vorwiegend einer Lunge, bei Hämoptöe und habituellen Hämoptysen, die auf andere Art nicht zu stillen sind, bei schweren doppelseitigen Erkrankungen mit ausgedehnten käsigen Prozessen vorwiegend auf einer Seite. Auch käsig-pneumonische Prozesse schließen die Behandlung nicht aus, da der sonst sicher in Kürze erfolgende Exitus die infolge künstlichen Pneumothorax mögliche Infektion der anderen Lunge in der Abschätzung der Gefahren überwiegt. Auch bei Phthisis florida ist der Pneumothorax indiciert, wenn bei hohem Fieber, schneller Abmagerung der Gesamteindruck ein schwerer und ein ganzer Lappen oder eine ganze Seite befallen ist. Die Miterkrankung anderer Organe schließt ebenfalls Pneumothoraxbehandlung nicht aus, außer schwersten Darmerkrankungen. Kehlkopferkrankung wird höchstens günstig beeinflußt. Dagegen sieht Verf. schwere Kreislaufstörungen und leichte beginnende Lungentuberkulosen als Kontraindikationen an. *Harraß.*

Herzbeutel, Herz:

Bruchi, Jader: Contributo al trattamento chirurgico delle ferite del cuore. (Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Herzverletzungen.) (*Osp. civ., Ravenna.*) Rif. med. Jg. **30**, Nr. 26, S. 710—712. 1914.

Messerstich in den vierten linken Intercostalraum und gegen die rechte Hüfte. Der Verletzte begibt sich trotz heftiger Blutung auf dem Zweirad in das 800 m entfernte Krankenhaus, die Brustwunde mit der Hand tamponierend. Im Sprechzimmer wird er bewußtlos. Etwa 40 Minuten nach der Verletzung Operation: Erweiterung des Schnittes,

Resektion der 4. und 5. Rippe. Pleura verletzt, daher transpleurales Vorgehen. Der Schnitt hat das rechte Herzohr betroffen; Blutung steht auf eine Catgutnaht. Völlige Naht bis auf kleinen Docht in die Pleurahöhle, die nach Möglichkeit ausgetupft wird. Bald Erholung. In den ersten Tagen Dyspnöe und Tachykardie. — Heilung verzögert durch eine langwierige eitrig-seröse Pleuritis, die erst nach 8 Monaten zum Stillstand kommt. Da Pat. tuberkulös ist, wird die Pleuritis als spezifisch betrachtet. *Posner* (Jüterbog).

Dock, George: The diagnosis of adherent pericardium and the operation of cardiolysis. (Die Diagnose der Perikardverwachsung und die Operation der Kardiolyse.) Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. **28**, S. 254—257. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall, welcher mit der Diagnose einer multiplen, wahrscheinlich tuberkulösen Serositis in Behandlung kam und etwa 1 Jahr später starb. Die Obduktion ergab außer einer starken Vergrößerung der Leber und Flüssigkeitsansammlung im Abdomen und in der linken Pleura ausgedehnte Verwachsungen in beiden Pleurahöhlen, sowie eine vollständige Obliteration des Herzbeutels ohne stärkere Schwartenbildung. Außerdem fanden sich in verschiedenen Organen einzelne miliare Tuberkelknötchen. Obwohl viel der üblichen Erscheinungen von Perikarditis fehlten, konnte Verf. doch aus der systolischen Einziehung der Brustwand in der Herzgegend und dem diastolischen Zurückfedern der Rippen die Diagnose auf Perikardverwachsung stellen. Die Kardiolyse wäre nach Ansicht des Verf. im vorliegenden Fall um so aussichtsvoller gewesen, als schwartige Verwachsungsmassen, sowie eine Erweiterung des Herzens nicht nachzuweisen waren. *Haecker.*

Lenormant, Ch.: Sur la suture des plaies du cœur. (Über die Naht der Herzwunden.) Paris méd. Jg. **4**, Nr. 31, S 135—140. 1914.

Pathognomische Symptome für eine Herzverletzung existieren nicht. Am einfachsten und sichersten ist es, die Thoraxwunde zu erweitern und in die Tiefe zu verfolgen, wenn nötig, unter Resektion einer Rippe. Man gelangt, so wenn die Wunde das Herz mitbeteiligt, ans Herz heran. Verf. bevorzugt den Intercostalschnitt; hat man einen Überdruckapparat zur Hand, so kann die Pleura breit eröffnet werden. Der Herzbeutel soll nicht drainiert werden. Der Tod erfolgt bei den trotz der Operation Sterbenden zur Hälfte am Blutverlust, Schock oder Verletzung anderer Organe, zur anderen Hälfte an einer Infektion des Herzbeutels oder der Pleura. *Läwen* (Leipzig).

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Höflich, Lajis: Fälle von subphrenischen Abscessen. (*Sct. Stephanspital, Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujsag Jg. **12**, No. 26, S. 344—348. 1914. (Ungarisch.)

Kasuistik. *Pólya* (Budapest).

Hernien:

Peters, W.: Über Zwerchfellbrüche. (*Anat. Inst., Univ. Bonn.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **40**, Nr. 27, S. 1370—1371. 1914.

Zwerchfellbrüche können dadurch entstehen, daß eine Seite der Anlage überhaupt nicht zur Entwicklung kommt, oder dadurch, daß zwar die bindegewebige Anlage zum Abschluß gelangt, aber keine Durchwachsung mit Muskulatur stattfindet, und dann diese schwache Stelle dem späteren Bauchdruck keinen genügenden Widerstand leisten kann. Mitteilung eines auf der Anatomie beobachteten Falles. *Bernard* (Halle).

Magen, Dünndarm:

Bársony, Tivadar: Röntgenbefunde nach Pylorusexklusion. (*II. chirurg. Klin., Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, Nr. 28, S. 546—550. 1914. (Ungarisch.)

Bericht über den Röntgenbefund von 14 Fällen, bei welchen der Pylorus oder die präpylorische Region mittels eines dicken Seidenfadens unterbunden wurde; von diesen wurden 10 Fälle methodisch untersucht und in 7 dieser Fälle wurde die methodische Untersuchung wiederholt. Diese Untersuchung geschah in der Weise, daß Patient nach Einnahme von Bismuthpaste (80 g Bi. carb. + 120—140 ccm Wasser) bis zur vollkommenen Entleerung des Magens in $^1/_4$—$^1/_2$stündlichen Intervallen untersucht wurde; wenn die Paste sich langsam entleerte, wurde die Entleerung durch Trinken von Wasser beschleunigt. Nur in Fällen, wo solch eine methodische Untersuchung des Magens vorgenommen wurde, läßt sich die Durchgängigkeit des unterbundenen Pylorus beurteilen. Es stellte sich heraus, daß der Pylorus in sämtlichen Fällen durchgängig

bleibt. In einem Falle war die Striktur der Unterbindungsstelle minimal, die Kontrastsubstanz entleerte sich durch den Pylorus, als wenn überhaupt keine Unterbindung desselben vorausgegangen wäre; in 2 Fällen war die Ausfüllung des Lumens der Unterbindungsstelle fingerbreit, in 4 Fällen zeigte sie sich nur als ein dünner Streifen, in 4 Fällen war die Füllung der Strikturstelle nicht nachweisbar, man konnte nur aus der sehr spärlichen Entleerung auf die hochgradige Verengerung des Lumens schließen. Die Nachuntersuchung nach 6 Monaten zeigte in 2 Fällen, daß sich die durch die Unterbindung gesetzte Striktur wieder erweiterte, in einem Falle ganz beträchtlich, in 4 Fällen trat diese nachträgliche Erweiterung nicht ein. *Pólya* (Budapest).

Payr: Zur Indikationsstellung der operativen Behandlung des Ulcus callosum ventriculi. (*Chirurg. Klin., Univ. Leipzig.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **41**, Nr. 25, S. 1065—1067. 1914.

Payr gibt eine Bestimmung des Begriffes: kallöses Ulcus, wie er ihn auffaßt. In der Behandlung des Ulcus sei er den vor Jahren wiederholt zum Ausdruck gebrachten Grundsätzen bisher im wesentlichen treu geblieben. *Hoffmann* (Greifswald).

Oliva, C., e G. Paganelli: Sull'esclusione del piloro con bandellette aponeurotiche e con manicotti d'omento peduncolati. (Über Pylorusausschaltung mittels Fascienstreifen und gestielten Netzlappen.) (*Istit. di med. operat., univ., Genova.*) Clin. chirurg. Jg. **22**, Nr. 5, S. 835—860. 1914.

Nachprüfung der Wilmsschen Methode (Fascienumschnürung, Gastroenterotomie) an Hunden, welche kürzere oder längere Zeit nach der Pylorusausschaltung getötet wurden. Schon innerhalb der ersten Monats fanden die Verff. ein Nachgeben der Umschnürung, in späteren Monaten Durchgängigkeit auch für breiige Speisen. Sie versuchten, bessere Resultate dadurch zu erzielen, daß sie über den Fascienring einen gestielten Netzlappen legten und mit Nähten befestigten; der erwartete Erfolg blieb aber aus. — Die zur Umschnürung verwandte Fascienstreifen bleibt ausgezeichnet erhalten; er zerreißt nicht, noch wird er organisiert. Seine Verbindung mit der Magenserosa ist noch nach Monaten auf vereinzelte Adhäsionen beschränkt; mikroskopisch bleibt die Kernfärbung im Streifen vorhanden. Als Grund für die Wiedereröffnung nehmen die Verff. eine langsame Dehnung des Fascienstreifens unter dem Einfluß des im Innern des Magens herrschenden starken Druckes an; dazu kommt eine Atrophie der Magenwand an der Umschnürungsstelle. Verff. haben mit ähnlich schlechten Erfolge bereits früher die meisten anderen neuen Ausschaltungsmethoden (Kelling, Fowler, Parlavecchio, Hackenbruch) nachgeprüft und glauben, daß ein sicheres Resultat nur durch das radikale Vorgehen nach v. Eiselsberg erreicht wird. — Makroskopisch und mikroskopische Photographien. Literatur. *Posner* (Jüterbog).

Roedelius, E.: Bericht über die während der letzten drei Jahre chirurgisch behandelten Magenerkrankungen. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 277—289. 1914.

In den letzten vier Jahren kamen 495 Fälle von Magen- und Duodenalerkrankungen zur Beobachtung, wovon 312 operiert wurden. Das größte Kontingent stellt das Magencarcinom mit 130 Fällen, danach das Ulcus duodeni (57 Fälle), dann das Ulcus pylori (36) und Ulcus ventriculi (35). Wegen Gastrektasie wurde 10 mal, wegen Sanduhrmagen 5 mal, wegen Gastroptose 2 mal operiert. Die letzten 10 Fälle betrafen Verletzungen, Fremdkörper und Verätzungen. Bei der Diagnose leistete in vielen Fällen das Röntgenbild Vorzügliches, wobei das Plattenverfahren bevorzugt wurde. Beim Ulcus pylori und Ulcus duodeni wurde neben der hinteren Gastroenterostomie stets der Pylorusanschluß anfangs mit Fascienstreifen, später mit dem Ligamentum teres ausgeführt. Die Erfolge waren gut. Unter den Magen- und Duodenalgeschwüren waren 33 perforiert, wovon 14 gerettet werden konnten. Während durchschnittlich die Erfolge bei den gutartigen Magenerkrankungen gut waren, waren sie beim Carcinom ungünstig,

besonders deshalb, weil viele inoperable Fälle, bei denen die Bauchhöhle sofort wieder geschlossen werden mußte, zur Beobachtung kamen. Mußte eine Gastroenterostomie gemacht werden, so wurde, wenn möglich, die hintere angelegt. Als besonders seltene Fälle werden aufgeführt zwei frei in die Bauchhöhle perforierte Magencarcinome und ein Duodenalcarcinom. Die intravenöse Narkose mit Isopraläther wird sehr gelobt.

v. Tappeiner (Greifswald).

● **Schrijver, J.: Das Ulcus duodeni.** Berlin: S. Karger 1914. VI, 184 S. u. 11 Taf. M. 10.—.

Nach einer geschichtlichen Einleitung kommt Verf. zunächst auf die Frequenz des Ulcus duodeni zu sprechen, wobei er zwischen absoluter und relativer unterscheidet. Nach dem Sektionsmaterial großer pathologischer Institute schwankt die absolute zwischen 0,365 und 1%. Die relative Frequenz, d. h. das Verhältnis zwischen Magen- und Duodenalgeschwür, ist sehr hoch; nach amerikanischen Zahlen kommt das Ulcus duodeni ungefähr doppelt so häufig wie das Magengeschwür vor; nach Moynihan sogar 5 mal so oft. In dem dritten Kapitel des Buches, Ätiologie und Pathogenese, betont Verf. besonders das überwiegende Vorkommen des Duodenalulcus bei Männern im mittleren Lebensalter. Auch das chronische Magengeschwür ist bei Männern erheblich häufiger als bei Frauen. Die pathologische Anatomie des Duodenalulcus wird eingehend berücksichtigt. Das vierte Kapitel ist dem Symptomenkomplex und der Diagnose gewidmet. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das Duodenalulcus durchaus nicht immer einen so typische Anamnese habe, daß daraus immer eine Diagnose gestellt werden könne. Auf genaue objektive Untersuchung ist großer Wert zu legen, wobei das Röntgenverfahren eine große Rolle spielt. Differentialdiagnostisch (Kapitel 5) kommt in erster Linie die Cholelithiasis in Betracht, in zweiter erst das Magen- und Pylorusgeschwür. Das 6. Kapitel beschäftigt sich mit der Erklärung der beim Ulcus duodeni beobachteten Erscheinungen, besonders dem Hungerschmerz, der Periodizität und den Reflexvorgängen. Das 7., kürzeste Kapitel betrifft den Verlauf des Leidens und seine Behandlung. Die chirurgische Therapie ist nur kurz erwähnt. Verf. rät, nach der Operation immer noch eine diätetisch-medikamentöse Behandlung anzuschließen. Das letzte Kapitel bringt eine Anzahl Krankengeschichten. Die Monographie stützt sich auf an 90 Patienten gemachte eigene Beobachtungen und auf ausgedehnte Literaturstudien. 11 gut gelungene Tafeln mit Zeichnungen und Röntgenogrammen bilden den Schluß der Arbeit, deren Studium uns eine gute Übersicht über den derzeitigen Stand dieses Krankheitsbildes gewährt. *v. Tappeiner* (Greifswald).

● **Boas, I.: Die Lehre von den okkulten Blutungen.** Leipzig: Georg Thieme 1914. IV, 149 S. u. 1 Taf. M. 5,—.

Boas hat die okkulten Blutungen des Magendarmkanals durch seine eingehenden Untersuchungen zu einem wertvollen Hilfsmittel der Diagnostik der ulcerösen und neoplastischen Vorgänge am Intestinaltraktus gemacht. Er versteht unter okkulten Blutungen des Verdauungsapparates solche minimalen Blutergüsse, die, aus den oberen Verdauungswegen stammend, den Mageninhalt, und die Faeces, aus den tieferen Darmabschnitten stammend, nur die Faeces farblich in keiner dem bloßen und bewaffneten Auge erkennbaren Weise verändern. Zum Blutnachweis ist erforderlich, die Untersuchung erst nach 3—8tägiger Fleisch- und Fischabstinenz vorzunehmen, um alimentäres Blut auszuschließen. Als Probekost ist eine reine Milch-Eier-Suppenkost von großem Nutzen, da Blutungen ex ulcere sich unter dem Einfluß der reizlosen Diät gradatim verringern; persistieren sie jedoch nach einer Periode von 10 Tagen in gleichem Umfange, so spricht dies im Zusammenhange mit den übrigen klinischen Symptomen mit größter Wahrscheinlichkeit für eine maligne Erkrankung. Der einmalige Nachweis von okkulten Blutungen ist nur in wenigen Fällen diagnostisch ausschlaggebend, er erfordert besonders, wenn er schwach ist, mehrmalige Kontrolle und ein aufmerksames Arbeiten. Da nicht jeder positive Blutbefund auf einen pathologischen Zustand hinweist, so ist erforderlich, zuerst zu ent-

scheiden, ob ein Artefakt vorliegt oder endogene oder exogene Blutung die Beimischung bedingt. Von den einzelnen Methoden zum Blutnachweis ist dem Verf. am schärfsten reagierend seine Phenolphthalinprobe erschienen, die ebenso wie alle anderen Methoden eine ausführliche Beschreibung erfahren. Indiziert ist die Untersuchung auf okkulte Blutungen nicht nur bei dem großen Heere zweifelhafter Fälle, sondern auch bei den klinisch sicheren Fällen, da sie seiner Meinung nach einen überraschenden und die Situation klärenden Hinweis auf die Natur und den Sitz des Leidens bieten kann, besonders in Fällen schwerer und schwerster Anämie. Eine genaue Besprechung der verschiedenen Affektionen orientiert, bei welchen Erkrankungen okkultes Blut zu finden sind und unter welchen Verhältnissen sie zessieren. Therapeutisch betont B. neben der internen Behandlung die Wichtigkeit des chirurgischen Eingriffes, aber nicht so weit, daß er auch bei Fehlen aller eindeutigen Symptome bei Klagen, die sich auf den Verdauungstraktus beziehen, der frühzeitigen Probelaparotomie als sicherstem diagnostischem Hilfsmittel unbedingt das Wort redet. *Gelinsky.*

Vesprenii, O.: Einige Fälle von kongenitalem Darmverschluß. (*Pathol.-anat. Inst., Koloszvar.*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, S. 425—430. 1914. (Ungarisch.)

3 Sektionsfälle: 1. Doppelter Volvulus des Dünndarmes; der eine derselben hob die Durchgängigkeit des Darmes nicht auf, der andere hingegen führte zu strangartiger Verkümmerung der betreffenden Darmpartie und hochgradiger Atrophie des hinzugehörigen Mesenteriums. Der Volvulus entstand, wie man es aus dem spärlichen Gallengehalt des unterhalb des Darmverschlusses befindlichen Darminhaltes beurteilen kann zwischem dem 3. und 4. Fötalmonat; übrigens sind in dieser Zeit die Verhältnisse für das Zustandekommen eines Volvulus die günstigsten, da der Darm schon beweglich, das Mesenterium aber klein ist (Buday). — 2. Verschluß des Duodenums oberhalb der Eintrittsstelle des Choledochus, zugleich Defekt des Herzseptums. Dieser Verschluß wird durch Kürze des Aufhängeapparates des Duodenums erklärt; wodurch im 3.—4. Embryonalmonat, wo das Duodenum sich von der sagittalen Ebene in die frontale Ebene dreht, das Duodenum knapp oberhalb der Eintrittsstelle des Choledochus geknickt, und unwegsam gemacht wird und endlich reißt. Entwicklungsfehler der Mesenterien gesellen sich oft zu kongenitalen Herzfehlern und hauptsächlich Septumdefekten, was durch fehlerhafte oder unregelmäßige Wachstumsenergie des Mesenchyms zu erklären wäre (Buday). — 3. Defekt des Dünndarmes. Das Ileum ist 6 cm oberhalb der Ileocöcalklappe blind verschlossen und ist mit dem übrigen Dünndarme, welcher aboralwärts ebenfalls blind endigt, in keinem Zusammenhange, 20 cm oralwärts von dieser Stelle ist eine Dünndarmschlinge 360° um die Achse gedreht. Als Ursache der Atresie wird eine fötale Invagination angenommen auf Grund von mikroskopischer Untersuchung des Dickdarminhaltes, welcher ganze Schleimhautfetzen, und nach van Gieson sich gelb färbende Elemente (wahrscheinlich glatte Muskulatur) enthält. Der Volvulus ist jüngeren Datums und von sekundärer Bedeutung. *Pólya* (Budapest).

Pron, L.: Pseudo-sténose pylorique par hépatoptose. (Pseudostenose des Pylorus durch Hepatoptose.) Journ. de méd. de Paris Jg. **34**, Nr. 27, S. 529—530. 1914.

35jährige Frau. Nach einem Sturz in einen Graben treten Erscheinungen von Pylorusstenose auf. (Gefühl von Völle 2 Stunden nach der Mahlzeit. Erleichterung durch selbst hervorgerufenes Erbrechen. Gewichtsverlust.) Untersuchung: Leber stark nach unten gesunken, in der Fossa iliaca dextra fühlbar. Der untere Magenrand ca. 4 cm unterhalb des Nabels. Der Magen selbst ist in einem Zustand von „Pseudotetanisation". Deutliche Plätschergeräusche. In nüchternem Zustand morgens fehlen die sichtbaren Kontraktionen des Magens wohl infolge der horizontalen Lage während der Nacht. Die Sondenuntersuchung ergibt um diese Zeit keine Rückstände, sondern nur gallige Flüssigkeit und keine freie Salzsäure. Keine Operation, sondern Verordnung einer nicht strengen Diät und einer Bandage, durch die die Leber gehoben werden soll. Besserung. *Brentano* (Berlin).

Goodman, Edward H.: Carcinoma of the stomach with acute onset. The importance of recognizing early symptoms of the disease. (Magenkrebs mit akutem Anfall. Die Wichtigkeit der Erkennung der Frühsymptome der Erkrankung.) Arch. of diagn. Bd. **7**, Nr. 2, S. 120—135. 1914.

Die Ärzte draußen (outside) sehen die Carcinomfälle zuerst, später erst kommen sie ins Krankenhaus. Wenn ein Mensch über 40 Jahre, der bisher in bezug auf den Magen gesund war, oder der Jahre lang über Indigestionen klagte, über Magenbeschwerden mit akutem Beginn und weiterer Fortdauer, oder über Verschlimmerung bisheriger Beschwerden klagt, so sollte er als carcimonverdächtig betrachtet werden. Ein positiver Beweis in den Frühstadien des Krebses fehlt. Tritt nach 1 oder 2 Wochen geeigneter Diät und Medikation keine Besserung

auf, so sollte man eine Explorativlaparotomie in Erwägung ziehen und nicht erst warten, bis Veränderungen im Chemismus usw. eintreten. Mortalität der Explorativlaparotomie nur 1,6%. 12 Fälle werden angeführt, in denen entweder plötzliche Zunahme vorherbestehender Symptome eintrat, oder die Magensymptome plötzlich auftraten, unangekündigt durch eine vorherige Indigestion. Hall hält das Plötzliche des Anfalls für einen wichtigen Punkt in der Diagnose des Magenkrebses. *Hoffmann* (Greifswald).

Wurmfortsatz:

Laache, S.: Über innerliche Behandlung der akuten Blinddarmentzündung. Med. Revue Jg. **1914**, Mai 4., S. 304—316. 1914. (Norwegisch.)

Der Aufsatz stellt eine gedrängte Zusammenziehung mehrerer an der medizinischen Abteilung A des Norwegischen-Rikshospitals abgehaltenen klinischen Demonstrationen dar.

Auf Grundlage der Krankengeschichten dreier zu gleicher Zeit daselbst behandelten, an akuter Blinddarmentzündung leitenden und als geheilt entlassenen männlichen Patienten, unter welchen einer, ein Matrose, später im freien Intervall appendektomiert wurde, setzt Verf. die Prinzipien der unter Umständen (besonders weiter Entfernung eines gut eingerichteten Krankenhauses) einzig durchführbaren inneren Behandlung auseinander. Dieselbe, welche vor allem den Zweck hat, die Darmperistaltik ruhig zu stellen, setzt sich aus drei, seit langem wohlbekannten Prinzipien zusammen: 1. Absolute Diät, welche buchstäblich aufzufassen ist. 2. Darreichung von Opiaten. 5 Tropfen Vin. opii zweistündlich. 3. Äußerlich eine Eisblase in der Coecalgegend. 1. und 2. bewirken eine Immobilisierung des Darmes, wodurch — in Verbindung mit der Kälteapplikation — eine abdominelle „Antiflogose" in rationeller Weise herausgebildet wird. Verf. tritt den Einwendungen, die in bezug auf das Opium und die Hungerkur gemacht worden sind, entgegen. Unter der Bedingung einer konsequent durchgeführten inneren Therapie kann Verf. der Lehre der viel besprochenen Unberechenbarkeit der Krankheit nicht beistimmen. Gegen dieselbe spricht auch, daß 90—95% durch innere Behandlung zur Heilung gebracht werden können. Verf. ist selbstverständlich kein absoluter Gegner der Frühoperation, nur will er dieselbe für voraussichtlich schwere Fälle vorbehalten wissen. *Asbj. Nilssen* (Kristiania).

Jayle: A propos de l'appendicectomie et de l'incision transversale. (Appendektomie und Querschnitt.) Bull. de la soc. de l'internat des hôp. de Paris Jg. **11**, Nr. **5**, S. 99—100. 1914.

Jayle tritt bei Frauen unbedingt für einen tief zu legenden Querschnitt zur Appendektomie ein, um jederzeit in der Lage zu sein, Tuben und Ovarien übersehen zu können. *Draudt* (Darmstadt).

Leotta, Nicola: L'ileo meccanico di appendicite. (Der mechanische Ileus durch Appendicitis.) Bull. d. R. accad. med. di Roma Jg. **40**, Nr. **1/2**, S. **15**—36. 1914.

Im Anschluß an Appendicitis kann als besonderes, durch Zeit und Symptome verschiedenes Krankheitsbild ein mechanischer Ileus entstehen. Das Hindernis der Durchgängigkeit des Darmes kann liegen 1. in dem entzündlich schwer geschädigten Coecum, 2. in Verwachsungen oder Strängen appendicitischen Ursprungs, 3. in einem Volvulus der untersten Dünndarmschlinge, veranlaßt durch die vorhergegangene Appendektomie. Die letzgenannte Möglichkeit wird von Haim so erklärt, daß die unterste Dünndarmschlinge durch den Wegfall des Mesenteriolums und eines Teils der Plica ileocoecalis vermehrte Beweglichkeit erhalten hat; Verf. bezweifelt den Zusammenhang. Einen nichtmechanischen Ileus durch Appendicitis hält Verf. nicht für möglich; bei den von Gronew beschriebenen Fällen kann es sich um paralytischen Ileus, hervorgerufen durch die begleitende Peritonitis, handeln. Der appendicitische Ileus kann gleichzeitig mit der Entzündung der Appendix oder später, manchmal erst nach Jahren, auftreten. Im ersten Fall ist die Diagnose schwierig, wenn etwa die Zeichen der Appendicitis die des Ileus verdecken, oder umgekehrt; ein Irrtum ist verhängnisvoll, wenn man sich bei Annahme einer reinen Appendicitis für Abwarten entscheidet, oder wenn auch bei der Operation infolge der schweren appendicitischen Veränderungen der Ileus übersehen wird. Die Therapie des appendicitischen Ileus kann nur chirurgisch sein; im einzelnen richtet sie sich nach den allgemein bei Ileus gültigen Regeln. Nachdrücklich erinnert Verf. daran, daß die Operation desto schonender ist, je rascher sie ausgeführt wird, je weniger man an den Darmschlingen arbeitet und je sorgfältiger man bei frischer Appendicitis die Verklebungen schont. *Nägelsbach* (Erlangen).

Dickdarm und Mastdarm:

Kubinyi, Pál.: Operierte Fälle von Dickdarmcarcinom, welche Ovariengeschwülste vortäuschten. (*Poliklin. Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. 58, Nr. 24, S. 463 bis 469. 1914. (Ungarisch.)

Bericht über 2 geheilte Fälle von Coecumcarcinomen, welche vor der Operation als Ovarialgeschwülste diagnostiziert wurden. Die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung werden erörtert. Die Palpation allein gewährt keine tadellose Unterscheidung, die Untersuchung der Fäkalien auf Blut, die Röntgenuntersuchung kann die Feststellung der Diagnose bedeutend erleichtern, doch können auch in dieser Weise nicht sämtliche Fehler ausgeschaltet werden. Bezüglich der operativen Technik werden zur Betupfung des durchschnittenen Darmes Tampons mit Hydrogensuperoxyd empfohlen. Der Hautschnitt soll in der Linea alba geführt werden, da zur Entfernung der Ovarien dies den leichtesten Weg bietet, Coecumtumoren aber können mit einem transversalen Hilfsschnitte auf diesem Wege ebenfalls gut entfernt werden.

Pólya (Budapest).

A'ldor, Lajis: Über Ätiologie und Therapie der hämorrhoidalen Blutmengen. Orvosi Hetilap Jg. 58, No. 16, S. 10—31 und No. 17, S. 343—345. 1914. (Ungarisch.)

Die rectoromanoskopische Untersuchung von mehr als 300 Patienten mit hämorrhoidalen Blutungen fand nur an ca. 2% am Tegument der Knoten solche entzündliche Erscheinungen, welche darauf hinwiesen, daß die Blutung aus dem Knoten selbst entstammte, eine Berstung des Nodus konnte er nie beobachten. Das klinische Bild der sog. Hämorrhoiden wird seiner Überzeugung nach wesentlich durch die chronische diffuse hämorrhagische Entzündung der Mastdarmschleimhaut hervorgerufen, die Ursache dieser Prokitis aber liegt in einer spastogenen Obstipation. Für die Therapie werden Mikroklysmen mit 50—100 g lauem Sesamöl empfohlen; wo dies nicht zum Ziele führt, die Reinigung des Mastdarmes mittels des Endoskopes, wo keine Blutungen vorhanden, sind Vibrationsmassage und intrarectale Faradisation empfohlen. Wo Blutungen vorhanden sind, wird lokale Behandlung der exstirpierten Stellen der Mastdarmschleimhaut mittels des Endoskopes (mit $^1/_2$% bis zu 8—10% aufsteigender Lapislösung empfohlen, nachher Gelatineklysmen. Eine Operation empfiehlt er nur bei entwickelten Knoten.

Pólya (Budapest).

Pauchet, Victor: Traitement du cancer du rectum. Son ablation abdomino-périnéale. (Die Behandlung des Mastdarmkrebses. Seine abdomino-perineale Exstirpation.) Arch. prov. de chirurg. Bd. 23, Nr. 5, S. 257—259. 1914.

Wiederholung des von Bernard Cunéo im Journal de Chirurgie, März 1914, angegebenen Vorgehens zur Unterbindung der Gefäße bei der abdomino-perinealen Exstirpation des Rectums.

Körbl (Wien).

Jankowski, I. I.: Über die Resektion des Coecums bei malignen und entzündlichen Tumoren. (*Chirurg. Abt. Dir. A. von Bergmann, I. städt. Krankenh., Riga.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 24—25. 1914. (Russisch.)

In den letzten 10 Jahren wurden 28 Resektionen des Coecums ausgeführt, davon 6mal wegen Carcinom. Das cancröse Ulcus liegt nach den Beobachtungen des Verf. gewöhnlich an der Bauhinischen Klappe und greift schnell auf die Serosa über, pericöcale Verwachsungen hervorrufend. Aus diesem Grunde ist der Cancer coeci häufig unbeweglich, einen entzündlichen Tumor appendikulärer Ätiologie vortäuschend. Auf 2000 Appendektomien des Stadtkrankenhauses in Riga kommen 5 partielle und 15 totale Coecumresektionen wegen entzündlichem Tumor. Die Cöcalwand war häufig bis zu 1 cm dick, nekrotisch und der Perforation nahe. Der Appendix oder Reste desselben lagen in festem Narbengewebe, häufig von einem Absceß umgeben. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, daß die Schleimhaut des resezierten Coecums am wenigsten verändert war. Die Submucosa und Muscularis waren hypertrophisch und bestand kleinzellige Infiltration den Lymphgefäßen entlang. In 2 Fällen konnte Aktinomykose des Blinddarmes konstatiert werden; beide genesen. Von den 6 Carcinomen 3 Heilungen. Von den 20 entzündlichen Tumoren 17 Heilungen. Nach Cöcalresektion wurde der Darm auf folgende Weise vereinigt: End zu End 9 mal, End zu Seit 4 mal, Seit zu Seit

10 mal. Verf. vertritt den Standpunkt der A. von Bergmannschen Schule, daß der Charakter eines Cöcaltumors nur auf Grund mikroskopischer Untersuchung bestimmt werden kann. Aus diesem Grund ist jeder Tumor des Coecums zu resezieren. Die Prognose der Resektion, besonders bei entzündlichen Tumoren appendikulärer Ätiologie, ist gut. *E. Hesse.*

Zoege von Manteuffel, W. G.: Zur Frage der Dickdarmchirurgie. (*Chirurg. Univ.-Klin. d. Prof. Zoege von Manteuffel, Dorpat.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 25—26. 1914. (Russisch.)

Verf. berichtet über 27 Fälle von Dickdarmtumoren und Tuberkulose aus seiner Klinik. Cancer coeci: 9 Fälle, davon 2 gestorben (7 Resektionen, 1 Anastomose, 1 Probelaparotomie). Cancer coli descendentis: 2 Fälle, davon 1 gestorben (alle reseziert). Cancer coli transversi et descendentis: 9 Fälle, davon 6 gestorben (3 Resektionen, 3 Anastomosen, 1 Probelaparotomie, 2 Anus praeternaturalis). Tuberculosis coeci: 7 Fälle, alle genesen (5 Resektionen, 1 Anastomose, 1 Probelaparotomie). — Im Anschluß an sein Material spricht Zoege von Manteuffel den Grundsatz aus, daß der Anus praeternaturalis zu vermeiden sei. Die primäre Resektion ist die Methode der Wahl. Den Oppelschen Untersuchungen zufolge ist eine Blindsackbildung bei Ausschaltung des Dickdarms zu vermeiden. Bezüglich der chirurgischen Behandlung der Kolitis vertritt Z. einen konservativen Standpunkt. Die Klysmenbehandlung wird als ausreichend bezeichnet. Die Cöcostomie schädigt die Ernährung und verlangt der Verschluß der Fistel eine neue nicht ganz ungefährliche Operation. Auch sind die auftretenden Hautekzeme in der Nähe des Kunstafters sehr lästig. *E. Hesse.*

Rosánoff, W. N.: Zur Frage des Coecum mobile und der Megaloflexur. (*Krankenh., Moskau.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16. bis 19. XII. 1913. S. 30—31. 1914. (Russisch.)

Verf. operierte 150 mal wegen Coecum mobile und Cöcaldilatation, darunter 7 mal, weil die vorhergegangene Appendektomie keinerlei Erleichterung gebracht hatte. Die Cöcopexie ist nur für die allerstärksten Grade des beweglichen Coecums vorzubehalten. Gewöhnlich genügt es, mittelst 1—2 Tabaksbeutelnähten das Lumen des Coecums zu verkleinern. Dieses gelingt gut, wie Rosanoff durch Röntgenaufnahmen beweisen konnte. Wegen Megaloflexur operierte R. 19 mal. Eine Dauerbeobachtung (bis zu 8 Jahren) liegt von 11 Kranken vor. Das Resultat ist in allen Fällen sehr gut und der Stuhlgang normal. In allen Fällen war die Rectoromanostomie angelegt worden und die Anastomosenstelle an der vorderen Bauchwand fixiert worden. Letzterer Umstand ist außerordentlich wichtig. Bei Unterlassung der Fixation erlebte R. einen Mißerfolg. Falls eine sehr große Darmpartie ausgeschaltet werden soll, so muß der auszuschaltende Schenkel mittelst einer der gangbaren Methoden umschnürt werden.

E. Hesse (St. Petersburg).

Mintz, W. M.: Zur Frage des Volvulär der Flexur. (*Städt. Alt-Katharinen-Krankenh., u. Evang. Hosp., Moskau, Dir. W. Mintz.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 26—27. 1914. (Russisch.)

Verf. spricht sich energisch für die Resektion der Flexur beim Volvulus derselben aus. Er bevorzugt die zweizeitige Resektion, führte aber auch mit Erfolg die einzeitige aus. Von 12 seiner Fälle genasen 5. Doch auch die Resektion schützt nicht immer vor Rezidiven. Mintz berichtet über einen Fall, in welchem er wegen Volvulus 80 cm der Flexur reseziert hatte. Nach 9 Jahren wiederum Volvulusrezidiv einer neu gebildeten Flexur. Die zweizeitige Resektion ist kontraindiziert bei gedrehter Megaloflexur. Hier ist es besser, die Darmschlinge einzunähen und nach Entfernung derselben einen Anus praeternaturalis zu bilden. Die einzeitige Resektion ist unter folgenden Bedingungen kontraindiziert: Unbeweglichkeit der Flexurschenkel, relative Nähe der Schenkel zur Torsionsstelle

und die dank einer Mesosigmoiditis und Adhäsionsbildung entstandene Doppellaufbildung der Flexur. In diesen Fällen kommt in Betracht: 1. Einnähung der Flexur. Entfernung derselben und Anus praeternaturalis. Späterer Verschluß desselben. 2. Seitliche Anastomose an der Schenkelbasis, Resektion des Schlingenrestes und Naht des zuführenden und abführenden Endes. 3. Seitliche Anastomose, Einnähung der Flexur, Entfernung derselben, Anus praeternaturalis und späterer Verschluß desselben. Die zweite Methode wird von M. auf Grund eigener schlechter Erfahrung (Perforation des zuführenden Endes) abgelehnt. Bei Ausführung der seitlichen Flexurschenkelanastomose ist die Scheidewand zwischen ab- und zuführendem Schenkel leicht zu zerstören. Es resultiert eine breite Ampulle, welche leicht verschlossen werden kann.

E. Hesse (St. Petersburg).

Pólya, Jenö: Einfaches Verfahren zur Heilung von gewissen narbigen Mastdarmstrikturen. (*Sct. Stephansspital, Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, S. 209—211. 1914. (Ungarisch.)

Zuerst wird zur Ausheilung des ulcerösen Prozesses nach Entfernung des Steißbeines ev. der unteren Sakralwirbel eine Rectotomia externa gemacht und die Schleimhaut des Mastdarmes womöglich an die Haut genäht. Nach Ausheilung der Schleimhautgeschwüre und Verwachsung der Haut mit der Schleimhaut wird der Defekt der Rectalschleimhaut mit einem der Gesäßgegend entnommenen Hautlappen ersetzt und hierüber die äußere Hautwunde vernäht. In 4 Fällen von Narbenstriktur und in einem Falle von breiter Mastdarmfistel nach Rectotomie wegen Fremdkörper (Maiskolben) wurde diese Plastik vorgenommen. Heilung in sämtlichen Fällen, in 4 Fällen sind kleinere Fisteln zurückgeblieben. Obwohl nachher keine Bougierungen vorgenommen wurden, blieb der Mastdarm in 3 Fällen während der Beobachtungszeit von 9, 5 und 4 Monaten nach der plastischen Operation weit und gut durchgängig und die Patienten sind beschwerdefrei. Freilich ist das Verfahren nur für Fälle geeignet, wo die Striktur sich nicht über das eigentliche Rectum erstreckt. *Pólya* (Budapest).

Ponomaréff, S. J.: Der akute Ileus des Dickdarmes nach den Daten des Obuchow-Krankenhauses in St. Petersburg. (*Chirurg. Abt. [Dir. Grekow] d. städt. Obuchow-Krankenh., St. Petersburg.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 18—23. 1914. (Russisch.)

In den letzten 9 Jahren kamen in der Männerabteilung des Obuchow-Krankenhauses in St. Petersburg auf 132 Fälle von Darmverschluß mechanischer Ätiologie 66 Fälle von Dickdarmverschluß. Auf Grund dieses Materials kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die allerhäufigste Form des Dickdarmverschlusses ist der Volvulus der Flexur 56%. Weiter folgt der Volvulus flexurae cum nodo 26,2%, Invagination und Strangbildung 6,2%, Volvulus coeci 4,5%. Dem Alter nach entfiel auf die einzelnen Erkrankungen folgende Durchschnittszahl: Volvulus flexurae 49,6, Invagination 45,5, Knotenbildung 40, Strangbildung 31,5 und Volvulus coeci 25 Jahre. Den akutesten Verlauf zeigten die Knotenbildungen (meist weniger als 24 Stunden), dann die Invagination ($1^2/_3$ Tage), Strangbildung 3 Tage, Volvulus flexurae über 3 Tage. Den chronischsten Verlauf zeigte der Volvulus coeci (im Mittel 12 Tage). Die Mortabilität ergab ein Prozentzahl von 55,3, falls die Knotenbildung ausgeschlossen wird 41,1%. Volvulus der Flexur wurde 37 mal beobachtet. Durchschnittsdauer der Erkrankung bis zum Eintritt ins Krankenhaus 3,6 Tage! 32 von diesen Kranken wurde operiert, davon 25 je 1 mal, 3 je 2 mal und keiner 3 mal. In 18 Fällen wurde Narbenbildung im Mesenterium der Flexur beobachtet (48%). In 25 Fällen war der Darm nicht verändert, doch bestand 1 mal seröser, 1 mal serös-eitriger, 1 mal hämorrhagisches Exsudat. Darmgangrän wurde 7 mal beobachtet. Von diesen 25 Kranken starben 8, in erster Linie an Peritonitis. In diesen Fällen bestanden die operativen Maßnahmen in Detorsion und zur Verhütung des Rezidivs in folgenden Kanipulationen: Fixation des Mesenteriums an der vorderen Bauchwand, in der v. Winiwarter-Trojanoffschen Operation (Sigmosignoideostomie) und Vorlagerung nach Anastomosebildung zwecks sekundärer Resektion. Von den 7 Gangränfällen genas ein Patient (primäre Resektion und vollständiger Verschluß der Bauchdecken). Auf diese 7 Fälle entfallen folgende Eingriffe: 1 Detorsion (Exitus in tabula), 1 Vorlagerung, 1 Invagination, 1 Evagination per rectum nach Ablösung der Flexur von ihren Mesenterium nach Grekow, 3 mal primäre Resektion der Flexus. Die Mortalität des Volvulus betrug also in der Gruppe gangränöser Fälle 85,7%, nichtgangränöser Fälle 32%. Auf sämtliche operierten Fälle betrug die Mortalität 43,7%. Volvulus der Flexur mit Knotenbildung des Dünndarmes wurde 18 mal beobachtet, davon

15 Fälle operiert. In 14 Fällen hämorrhagischer, stinkendes Exsudat. Nur 1 mal seröses Exsudat. 14 mal Gangrän des Dünndarmes, 11 mal Gangrän des Flexus und des Dünndarmes. Isolierte Gangrän der Flexur wurde keinmal beobachtet. In 12 Fällen wurde der Knoten durch Dünndarm, in 3 Fällen durch die Flexus gebildet. Von 15 Kranken genas 1. 93,3% Mortalität. An operativen Eingriffen wurden folgende ausgeführt: Lösung der Knotens 4 mal (in allen Fällen Exitus intra operationem, daher weitere Eingriffe nicht ausgeführt), 2 mal Resektion des Dünndarmes, Flexus in gutem Zustand, vollständige Bauchdeckennaht (ein Fall genas). Fünfmal Resektion des Dünndarmes und Vorlagerung der Flexus, 4 mal Vorlagerung des Dünndarmes und der Flexus. Volvulus coeci 3 Fälle. Durchschnittsdauer der Erkrankung 12 Tage! 2 Fälle operiert, einer davon geensen. (Detorsion, Punktion, Coecapexia anterior). Dickdarminvagination 4 Fälle, davon 3 operiert. 2 Heilungen nach Resektion des Ileums und Coecums in beiden Fällen. Strangbildung der Dickdärme. 4 Fälle, alle operiert, 3 genesen. In 3 Fällen Nahtanastomasen zwecks Umgebung des Hindernisses. In 2 von diesen Fällen bestand außerdem noch ein Volvulus coeci. Das Material des Verf.s wird noch ausführlicher publiziert werden. *Hesse* (St. Petersburg).

Kornew, P. G.: Zur Frage der Appendicostomie bei der Kolitis. (*Chirurg. Fakultätsklin., Prof. Zeidler, St. Petersburg.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 29. 1914. (Russisch.)

Verf. spricht sich für Ausführung der Appendicostomie in schweren Fällen von Kolitis aus. 2 Fälle: 1. 7jährige andauernd resultatlos behandelte ulceröse Kolitis. Appendicostomie. Vorzügliches Resultat. Nach 1 Jahr Verschluß der Fistel. Dauerheilung durch 2 Jahre beobachtet; 2. langjährige Colitis muco-membranacea. Appendicostomie. Dauererfolg durch ein Jahr beobachtet. *Hesse* (St. Petersburg).

Spisharny, I. K.: Zur Frage der Dickdarmtumoren. (*Chirug. Univ.-Klin. Prof. Spisharny, Moskau.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 27—28. 1914. (Russisch.)

Verf. berichtet über 28 Fälle von Dickdarmtumoren aus seiner Klinik (1892—1913). Reseziert wurde 18mal und zwar immer einzeitig mit seitlicher Anastomose. Auf die 18 Resektionen entfallen 13 maligne Tumoren und 5 Cöcaltuberkulosen. 11 Heilungen und 7 Todesfälle. In den übrigen Fällen mußte wegen Unmöglichkeit eines radikalen Vorgehens die Enteroanastomose ausgeführt werden. In einem Fall handelte es sich um einen Pseudotumor des Coecums, welcher einem Carcinom glich. Ileotransversostomie. Völliges Verschwinden des Tumors. Nach 2 Jahren ähnlicher Tumor an der Flexura hepatica coli. Bei tuberkulösen Tumoren des Dickdarmes soll die Resektion ausgeführt werden. *Hesse.*

Ssolowóff, P. D.: Zur Chirurgie des Dickdarmes. (1. *städt. Krankenh., Moskau.*) Verhandl. d. 13. Kongr. russ. Chirurgen, St. Petersburg, 16.—19. XII. 1913. S. 16 bis 18. 1914. (Russisch).

In den letzten 4 Jahren wurden 40 Dickdarmoperationen an 39 Kranken ausgeführt. Es handelte sich hierbei um folgende Erkrankungen: Volvulus flexurae 9, † 7, Volvulus coeci 4, † 1, Narbenstenosen 4, † 3, Cancer 9, † 8, Tuberculosis coeci 2, † 1, Cöcalfisteln und Flexurfisteln 2, † 0, Invaginationen 2, † 0, Ileus paralyticus 1, † 0, Embolia art. colicae 1, † 1, Stichverletzungen 3, † 3, Varia 2, † 0. Im ganzen 39 Fälle davon gestorben 24 = 60%. Um einen Ileus handelte es sich hierbei in 26 Fällen, davon in 18 Fällen um die akute Form mit bereits ausgeprägter Peritonitis und beginnender Gangrän. Daher die enorm hohe Mortalität. Von den einzelnen operativen Eingriffen entfallen auf Dickdarmresektionen 25 Fälle, † 16 (davon 11 Gangränen). Anastomosen und Ausschaltungen 5, † 4. Sonstige Eingriffe 10, † 4. Verf. kommt auf Grund seines Materials zu folgenden Schlüssen. Die Prognose hängt bei Eingriffen am Dickdarm ab von der Lokalisation und der Zeit desselben. Je näher zum Coecum der Eingriff und je früher er erfolgt, desto besser die Prognose. Die primäre Dickdarmresektion beim akuten Ileus gibt eine enorm hohe Mortalität. Aus diesem Grunde lehnt Verf. die primäre Resektion der Flexur beim Volvulus derselben als zu gefährlich ab und befürwortet die Evaginationsmethode von Grekow. Als Normalmethode der Darmanastomose sieht Verf. die 3etagige Naht mit Seit-zu-Seit-Apposition an. E. *Hesse* (St. Petersburg).

Murray, Dwight H.: Further observations on pruritus ani; its probable etiologic factor, results of treatment. (Weitere Beobachtungen über Pruritus ani; seine wahrscheinliche Ätiologie und Behandlung.) Proctologist Bd. 7, Nr. 4, S. 221 bis 245. 1913.

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß es sich in den meisten Fällen von Pruritus ani um eine Infektion der Haut handle. Die bakteriologische Untersuchung ergab meist Streptokokken. Auch der Opsonin-Index spricht für bakterielle Natur der Erkrankung. Durch Behandlung mit Vaccine konnte Verf. gute Erfolge erzielen. *Körbl* (Wien).

Fowler, Royale H.: Foreign bodies in the rectum; report of cases. (Fremdkörper im Rectum; Bericht über Fälle.) Internat. journ. of surg. Bd. **27**, Nr. 6, S. 210—213. 1914.

Fremdkörper im Rectum kommen vor: 1. Nach Verschlucken von Gegenständen; 2. durch Hineingelangen bei einem Trauma; 3. durch böswilliges Einführen von fremder Hand; 4. durch Einführen zwecks Befriedigung perverser Gelüste; 5. bei Benützung des Mastdarms als Versteck; 6. durch Einführen aus therapeutischen Gründen. — Fälle 5: Zoll langer, daumendicker verschluckter Stab. 6 Zoll langer Stiel eines aus sexuellen Gründen eingeführten Anstreicherpinsels, Perforation, Peritonitis. $^1/_4$ Pfund Nußschalen verschluckt bei einer Wette. Holzstück vom Mastdarm in die Blase reichend, bei Matrosen der 1 Jahr vorher vom Mast herabstürzte. 60 lebende Schnecken mit der Schale, wahrscheinlich per anum eingeführt. Teeschale von $9^1/_2$ cm Durchmesser per anum eingeführt, ebenso Weberschiffchen. 14 cm langes, 650 g schweres, zylindrisches Necessaire enthaltend 30 verschiedene Gegenstände im Rectum eines an Peritonitis verstorbenen Gefangenen, der das Necessaire daselbst versteckt hielt. Flasche mit abführenden Mineralwasser mit durchlochtem Stoppel, per anum eingeführt gegen Obstirpation. *Körbl* (Wien).

Leber und Gallengänge:

Borséky, Károly: Beiträge zur Radikaloperation des Leberechinokokkus. (*II. chirurg. Klin., Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujsag Jg. **12**, No. 6, S. 75—76. 1914. (Ungarisch.)

Empfiehlt auf Grund von sechs operierten Fällen, von welchen ein geheilter Fall mitgeteilt wird, die totale Entfernung der Echinokokkusblase nach vorheriger Abklemmung des Ligamentum hepato-duodenale (Baron) mit folgender Naht der Leber und vollkommenem Verschluß der Bauchhöhle. Als Kontraindikationen gelten Herzfehler, Arteriosklerose, Fettleber, Infektion des Echinokokkus oder der Gallenwege, sowie subphrenische Blasen. Die Abklemmung der Vena portae soll nicht über eine Stunde dauern. *Pólya* (Budapest.)

Finzi, Otello: L' ittero da compressione nelle cisti di echinococco del fegato. (Ikterus infolge von Druck durch Echinokokkus-Cysten der Leber.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Pisa.*) Rif. med. Jg. **30**, Nr. 21, S. 571—577. 1914.

Verf. berichtet, daß der infolge von Druck einer Echinokokkus-Cyste der Leber entstandene Ikterus nicht mehr als solche Seltenheit gilt wie früher. Die Arbeiten über diese Erkrankung sind aber weder vollständig noch genau. Quénu findet in seiner Sammelstatistik eine Verhältniszahl von 8,9%. Verf. hält die Zahl für zu hoch, da die vielbeschäftigten Chirurgen Cercherelli - Tricomi bis zum Jahre 1912 überhaupt keinen, in diesem Jahre einen einzigen solchen Fall beobachteten. Selbstverständlich kommt nur ein wirklicher, deutlicher Ikterus in Frage. Quenu teilt den Ikterus nach seiner Entstehung ein: 1. infolge von Cholangitis, 2. infolge von Druck. Der infolge von Druck entstandene Ikterus erklärt sich rein mechanisch, der Druck erfolgt von Leberhilus. Es kommen alle Fälle, in denen der Ikterus auf sekundäre, entzündliche Veränderungen zurückzuführen ist, hier nicht in Frage. Nur 7 Fälle in der Literatur sind bekannt, die einwandfrei sind. Diesen fügt Verf. drei weitere zu. Davon einer aus eigener Beobachtung. Es folgen die Krankengeschichten, besonders ausführlich die des eigenen Falles.

Diagnose lautete: Verdrängung der Leber nach vorne und oben, wahrscheinlich infolge Ca. ventriculi. Bei der Operation: eine an der hinteren Leberfläche befindliche Echinokokkuscyste, welche die Leber nach vorn und oben drängt. Die Symptome, die zur irrigen Diagnose führten: anamnestisch, Trauma in der Lebergegend vor langer Zeit, zuerst heftige Schmerzen, in der Folgezeit Ptosis, Tumor nicht nur zu tasten, sondern auch zu sehen. Im Magensaft Milchsäure, keine freie Salzsäure. Röntgenbefund negativ. Nicht verwertet als Beweis für die Durchgängigkeit des Ductus Wirsungi wurde der Umstand, daß die Gallenblase nicht vergrößert zu tasten war. Verf. hält aber dieses Symptom als sehr unzuverlässig.

Verf. zieht folgende allgemeine Schlüsse. Der Druck kann einen vollständigen oder teilweisen, ein kontinuierlichen oder periodischen Verschluß der Gallenwege hervorrufen. Dies sowohl wie die Milzvergrößerung und der ev. auftretende Ascites hängt

von der Lokalisation der Cyste ab. Kein Fieber. Andernfalls stets Verdacht auf septische oder entzündliche Ursache des Ikterus. Störungen von seiten des Magens, cholämische Erscheinungen (Hautjucken, Nasenbluten), Schmerzanfälle, ev. Abmagerung bis zur Kachexie. Die subjektiven Angaben höchst unbestimmt und verschiedenartig. Diagnosenstellung also sehr schwierig. Tatsächlich auch nur in 2 Fällen erfolgt (in einem davon nach Probepunktion). Bezüglich des Mechanismus des Kompression nimmt Verf. nicht wie Cauchoix einen entzündlichen Vorgang an, der die Gebilde des Hilus allmählich in sich bezieht, sonst könnte nicht so rasch nach der Operation (auch nur nach Entleerung der Cyste) die Behinderung des Gallenabflusses beseitigt sein, d. h. der Ikterus verschwinden. Auch müßte in den Fällen, in denen sich die Cyste im Lobus quadratus entwickelt, die Vena portae von den entzündlichen Prozessen ergriffen werden, die Folge wäre Ascites. Ascites ist aber selten, ist kein sicheres Symptom für diese Erkrankung. Es können ja entzündliche Vorgänge mitspielen in einem oder andern Fall, aber in den typischen Fällen handelt es sich um direkten Druck auf die Gallenwege außerhalb der Leber. Die häufig auftretende Milzvergrößerung ist schwer zu erklären. Gangitams Ansicht, Druck auf die Vena splenica, kann Verf. nicht beipflichten, sondern führt sie zum Teil auf Kompression der Vena portae, zum Teil auf unbekannte, im Blut kreisende Toxine zurück. Mikroskopische Befunde: Interstitielle Hepatitis, katarrhalische Veränderungen der Gallengänge, Atrophie der Leberzellen. Röntgenbefund und Komplementablenkung durchaus nicht verläßlich. Ebenso die Eosinophilie. Der Wechsel von Acholie mit von Galle gefärbten Stühlen hervorgerufen durch Änderung der Bettlage des Patienten, auch nicht eindeutig verwertbar. Verf. rät, seinem Lehrer Ceci zu folgen und stets bei ähnlichen Erkrankungen an einen Echinokokkus zu denken. Bezüglich der Therapie gibt er eine aus Erfahrung gewonnene Lehre bezüglich Tamponade. Dieselbe soll in der Nachbehandlung nur vorsichtig verstärkt werden, falls Nachblutungen auftreten, sonst Kompression der Gallenwege, Behinderung des Gallenabflusses, dadurch Begünstigung der ohnehin schon bestehenden starken Diarrhöen. *Zipper* (Graz).

Gérard, Georges, et Denis Cordonnier: Cas type de triplicité de l'artère hépatique. (Ein typischer Fall von Triplizität der Arteria hepatica.) Bibliogr. anat. Bd. **24**, Nr. 4, S. 211—217. 1914.

In dem beschriebenen Falle entsprang aus der A. gastrica sinistra eine A. hepatica, welche den linken Leberlappen versorgte, die A. hepatica propria verlief normal, war aber sehr schwach und versorgte nur den mittleren Teil der Leber. Der rechte Lappen wurde von einem aus der A. mesenterica superior entspringenden starken Aste ernährt. Diese Gefäßanomalie ist eine ganz typische und wurde schon über 20 mal beobachtet. *v. Winiwarter* (Oberhollabrunn).

Hubbard, J. C.: A plea for early operation for gall stones based on autopsy records. (Mahnung zur Frühoperation der Gallensteine auf Grund von Obduktionen.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **170**, Nr. 25, S. 956. 1914.

Verf. fand bei 108 Autopsien 76 mal Gallensteine; dieselben bildeten in 9 Fällen die Todesursache. Die Mortalität beträgt, solange sich die Steine in der Blase finden, 14%, denen in den Gängen 43%. Daher Frühoperation des Leidens. das eine operative Mortalität von 3—5% aufweist. *Rittershaus* (Düsseldorf).

Milz:

Tate, M. A.: Splenectomy. (Splenektomie.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 18, S. 477 bis 481. 1913.

Nach einigen Bemerkungen über Anatomie und Physiologie der Milz stellt Verf. die Erkrankungen, die zur Exstirpation der Milz führen können, kurz zusammen unter Mitteilung einiger aus der Literatur gesammelten statistischen Angaben, aus denen Verf. folgende Gesamtziffern (bis 1908) berechnet: Von 74 wegen idiopathischer Hypertrophie splenektomierten Fällen wurden 53 geheilt, starben 21, von 60 Fällen von idiopathischer Hypertrophie mit Verlagerung der Milz 54 geheilt, 6 tot, von 149 Fällen

von Malariamilz 111 geheilt, 38 tot, desgleichen mit Verlagerung der Milz 40 Fälle, wovon 39 geheilt, 1 tot. Anaemia splenica 61 Fälle, 49 geheilt, 12 tot. Leukämie 49 Fälle, 6 geheilt (?), 43 tot. Tuberkulose der Milz 10 Fälle, 8 geheilt, 2 tot. Verletzungen 150 Fälle, 99 geheilt, 51 tot. *Wehl* (Celle).

Barker, Arthur E.: Acute pancreatitis. A clinical study of seven cases; five treated by operation successfully. (Akute Pankreatitis; eine klinische Studie über 7 Fälle; 5 durch Operation geheilt.) Lancet Bd. **186**, Nr. 23, S. 1594—1601. 1914.

Barker berichtet über 2 von ihm selbst operierte Fälle und über 5, die von seinen Kollegen behandelt wurden, eine Zahl, die im Hinblick auf das seltene Vorkommen der Erkrankung ungewöhnlich groß ist. Er unterscheidet die chronische Pankreatitis mit wenig charakteristischen Symptomen, dann die akute hämorrhagische Pankreatitis, Entzündung mit Blutung in das Organ, dann die Ausbildung eines oder mehrerer Abscesse in der Drüse und endlich die akute Nekrose. Das chirurgische Handeln soll sich ganz nach dem vorliegenden Prozeß richten; ob also die Entzündung noch vollständig auf den Retroperitonealraum beschränkt ist oder schon auf die Bursa omentalis übergegriffen hat. In seinem ersten Fall machte B. eine mediane Incision und Drainage, mußte nach 14 Tagen einen Absceß in der Milzgegend eröffnen, was er durch eine Drainage des Retroperitonealraumes bei der ersten Operation hätte vermeiden können. Ist der retroperitoneale Absceß bereits in die Bursa eingebrochen, dann genügt die Drainage letzterer. In einem Falle, wo am 4. Krankheitstage wegen Verdacht auf perforiertes Ulcus oder Pankreatitis die mediane Laparotomie gemacht wurde, zeigte es sich, daß die Bursa ganz frei, das Pankreas aber geschwollen war und Fettnekrosen im Retroperitonealraum sich vorfanden. B. machte daher eine Incision 2 Zoll unter der letzten Rippe rechts, eröffnete den Retroperitonealraum und bahnte sich mit dem rechten Zeigefinger einen Weg zum Kopf des Pankreas und legte ein Gummidrain ein; die Gallenblase wurde in den oberen Winkel der Laparotomiewunde eingenäht und eröffnet und drainiert; während der Nachbehandlung entleerte sich aus der Gallenfistel Eiter, aus der lumbalen Fistel nekrotische Fetzen von Pankreas. Nach Angabe der weiteren 5 Krankengeschichten weist B. darauf hin, daß bei 3 Patienten ähnliche Attacken, derentwegen sie schließlich operiert wurden, in längeren Zwischenräumen schon vorher deren mehrere aufgetreten waren. In keinem Falle war irgendeine Störung des Gallensystems vorhanden. Der Beginn der Erkrankung war meist ein ganz plötzlicher, nur einmal waren wochenlang Schmerzen nach den Mahlzeiten angegeben worden. Der plötzlich auftretende Schmerz im Epigastrium war meist das erste Symptom, dann trat Erbrechen auf, 3 mal wurde trübes peritoneales Exsudat gefunden, 3 mal war der Prozeß in die Bursa omentalis vorgeschritten. Von 6 operierten Fällen starb einer, der 7. starb kurz nach der Einbringung ins Spital. *Salzer* (Wien).

Harnorgane:

Loumeau, E.: Contusion de la prostate. (Kontusion der Prostata.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **35**, Nr. 24, S. 280—282. 1914.

Mitteilung eines Falles von Kontusion der Prostata, beim Coitus durch den Zeigefinger im Rectum zustande gekommen, die zu chronischen Veränderungen ohne Eiterbildung mit lebhaften Schmerzattacken führte; per rectum war eine etwas erweichte Stelle zu fühlen, die während 7 Jahren sich nicht veränderte. Verf. glaubt, daß man in solchen Fällen wohl durch eine perineale Prostatotomie Besserung erzielen könne. Draudt (Darmstadt).

Klopfer: Über die Bedeutung der Harnableitung bei der Resektion der Urethra. (*Obuchow-Hosp., St. Petersburg.*) St. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **39**, Nr. 11, S. 140—141. 1914.

Die zuverlässige Ableitung des Harns ist zur Heilung der Naht nach Resektionen der Urethralstrikturen unbedingt notwendig. Nach Einführung einer Leitsonde wird die Pars membranacea resp. prostatica freigelegt, durch einen kleinen Schlitz in der Urethra ein Nelatonkatheter Nr. 16—18 eingeführt, der an der Urethralwand und äußeren Haut fixiert wird. Dann erst folgt die Excision der Striktur, die Mobilisierung der Urethra und die Naht der ohne Spannung genäherten Enden. Der den Harn ableitende Katheter muß 10—14 Tage liegen bleiben. 26 Fälle wurden auf diese Weise behandelt, in 23 Fällen ein günstiges Resultat erzielt. *Hohmeier* (Marburg).

Meii, Béla: Neues diagnostisches Verfahren zur Bestimmung der Nierenfunktion. Orvosi Hetilap Jg. **58**, S. 307—310. 1914. (Ungarisch.)

Patient bekommt binnen kurzer Zeit große Quantität Flüssigkeit und ein Diureticum. Wenn die Acme der Diurese eintritt, also in ca. 1—$1^1/_2$ Stunden

werden die Ureteren katheterisiert, die zur Untersuchung nötige Urinmenge wird aufgefangen. Dann wird intramuskulär Ureum injiziert und zwar für jedes Kilo des Individuums 1 g; 5 Minuten nachher wird der Urin wieder durch 5—10 Minuten aufgefangen und die Menge des sezernierten Ureums bestimmt. Durch diese Methode wird die Verdünnungs- und Sekretionsfähigkeit der Nieren bestimmt. Bei gesunden Nieren ist der Unterschied zwischen beiden Phasen groß, bei kranken Nieren klein. Der Unterschied kann mit Harnstoffbestimmung oder Kryoskopie konstatiert werden. Reflektorische Funktionsstörungen sind bei dieser Methode ausgeschlossen. Die Ureminjektionen verursachen keine Störungen, Verf. erprobte die Methode an 40 Patienten. *Pólya* (Budapest).

Stiner, Otto: Zur Ätiologie und Diagnose der Pyelocystitis im Kindesalter. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jg. 44, Nr. 24, S. 744—748. 1914.

Die Cystitis des Kindesalters ist als selbständige Krankheit zuerst im Jahre 1894 von Escherich beschrieben. Als Erreger der Krankheit fand E. das Bacterium coli commune. E.s Auffassung wurde späterhin noch dahin erweitert, daß mit der Cystitis gewöhnlich eine Pyelitis verbunden ist. Die Coli-Infektion, die zur Pyelocystitis führt, kommt auf dreierlei Art zustande: durch Einwandern der Bacillen von außen durch die Urethra, Durchwandern durch Darm- und Blasenwand und durch Infektion auf hämatogenem Wege. Kinder mit arthritischer und exsudativer Diathese sowie solche mit skrofulo-tuberkulösem Habitus sollen zu Erkrankungen der Harnwege besonders disponiert sein. Gewöhnlich ist für das Zustandekommen der Infektion jedoch noch das Hinzutreten einer lokalen Schädigung notwendig. Verf. weist darauf hin, daß bei der Pyelocystitis des späteren Ki desalters die Erkältung als auslösendes Moment die wichtigste Rolle spielt, und führt die Krankengeschichten von 2 selbst beobachteten Fällen als Beleg hierfür an.

Dencks (Neukölln).

Chironi fu Giovanni, Pietro: Trattamento dei restringimenti cicatriziali e delle fistole consecutive a lesioni traumatiche dell' uretra maschile. (Behandlung der Narbenverengerungen und sekundären Fisteln nach traumatischen Schädigungen der männlichen Harnröhre.) Giorn. internaz. d. scienze med. Jg. 36. Nr. 10, S. 438 bis 461 u. Nr. 11, S. 481—499. 1914.

Bei leichten Fällen traumatischer Strikturen kommt man meist mit langsamen Dehnungen — zeitweisen oder permanenten — aus; unter Umständen, namentlich wenn die Gefahr einer Harnretention vorliegt, kann man auch eine forcierte Dehnung versuchen. Beide Verfahren schützen nicht vor Rezidiven. Bei schweren Fällen kommt Urethrotomia interna oder lineare Elektrolyse in Betracht, sind sie mit Fisteln kompliziert, Uretrotomie externa, ev. gefolgt von Lappenplastik aus der Dammhaut (Perineorraphie); im letzteren Falle empfiehlt es sich, vorher den Harnstrom abzuleiten, entweder durch urethrale Bontonnière nach Rochet oder kleine suprabubische Fistel nach Marion. Für die schwersten Fälle ist die Urethrektomie vorbehalten mit späterer Lappenplastik. Gute Erfolge können aber auch mit zirkulärer, besser noch zylindrischer Elektrolyse (Minet) erzielt werden. — Mitteilung einzelner Krankengeschichten. Literatur.

Posner (Jüterbog).

Obál, Ferenz: Stichwunden der Blase. (*II. chirurg. Klin., Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujsag Jg. 12, No. 2, S. 19—21. 1914. (Ungarisch.)

Mitteilung eines durch Epicystotomie und offene Behandlung geheilten Falles. Der Stich lag extraperitoneal und kam nach 24 Stunden zur Behandlung. *Pólya* (Budapest).

Albrecht, Hans: Die einseitige akute infektiöse Nephritis und Perinephritis. (*II. gynaekol. Univ.-Klin., München.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, H. 6, S. 222 bis 233. 1914.

Die einseitige akute infektiöse Nephritis beginnt meist stürmisch entweder unter dem Bild einer Allgemeininfektion oder in leichteren Fällen mit Symptomen, die eine Verwechslung mit Appendicitis, Cholecystitis usw. ermöglichen. Besonders in den schwereren Fällen besteht Schwellung, große Schmerzhaftigkeit, brettharte Muskelspannung im costovertebralen Winkel, ausgesprochene Rectus-

spannung. Der Harnbefund weist auf Nephritis hin (Eiweiß, Zylinder, Eiter, Blut, Bakterien, verminderte Harnmenge). Nie sollte Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus unterlassen werden. (Die Schmerzen sind oft kontralateral; manchmal findet man einseitige hämorrhagische Cystitis.) Die schwersten Erkrankungen sind meist hämatogenen Ursprungs im Anschluß an einen entfernten primären Eiterherd. Um die andere Niere zu retten, ist Exstirpation der kranken Niere angezeigt, wenn man wegen Schwere des Falles nicht glaubt, mit Nephrotomie, Eröffnung etwaiger Abscesse oder Dekapsulation auszukommen. Durch Entfernung der kranken Niere kann die toxische Nephritis der anderen Seite oft cupiert werden, allerdings auch eine Insuffizienz und sekundäre schwerere Erkrankung der anderen Niere eintreten. Meist nicht den schwersten Erkrankungen gehören die urogenen (akute Pyelonephritis) oder lymphogenen (besonders nach gynäkologischen Operationen) Formen an. Hier kann vielfach durch interne Medikation und Spülbehandlung trotz stürmischer Symptome Heilung erfolgen. Aber auch hier können bei schweren Erscheinungen operative Eingriffe indiziert sein. *Burckhardt* (Berlin).

Goldberg, Toby: Die Harnkryoskopie und die Phenolsulfophthaleinprobe im Dienste der funktionellen Nierendiagnostik. (*II. gynaekol. Univ.-Klin., München.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, H. 6, S. 243—265. 1914.

Gefrierpunktsbestimmungen des durch doppelseitigen Ureterenkatheterismus aufgefangenen Urins (42 normale Fälle). Genaue Angabe der Technik. Die Untersuchungen ergaben, daß die Gefrierpunkte des von beiden Nieren getrennt aufgefangenen Urins innerhab geringer Grenzen schwanken, nie aber die Differenz von 0,4 überschreiten. Wenn klinische Anhaltspunkte für die Erkrankung einer Niere vorhanden sind und der Gefrierpunkt mehr als 0,4 wie der der gesunden Niere beträgt, so ist die Diagnose der Nierenerkrankung bestätigt. Bei doppelseitigen Nierenerkrankungen und bei nicht ausführbarem Ureterenkatheterismus ist die Kryoskopie des Blutes erforderlich. Wichtige diagnostische Aufschlüsse gibt die experimentelle Polyurie nach Albarran. Die Phenolsulfophtaleinprobe ist zur Bestimmung der absoluten Nierenfunktion nicht verwendbar, weil die Ausscheidungszahlen und die Ausscheidungsfrist nicht konstant sind. *Frangenheim* (Köln).

Haberer, Hans v.: Über einen Fall von schwer zu deutender Niereneiterung. (*Chirurg. Klin., Innsbruck.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, H. 6, S. 460—469. 1914.

Verf. beschreibt einen dunkeln Fall einer Niereninfektion durch ein dem Lanceolatus morphologisch nahestehendes Bakterium. Es handelte sich nach der ersten Untersuchung um eine doppelseitige Infektion, bei der hauptsächlich die rechte Niere ergriffen schien. Wegen drohender urämischen Erscheinungen wird die Nephrotomie gemacht. Die rechte Niere zeigt verschiedene Rindenabscesse, Schnittfläche anscheinend frei. Die Erscheinungen (hohes Fieber, Schüttelfröste, urämische Symptome) nahmen nicht ab. Deshalb sekundäre Nephrektomie. — Sofort Temperaturabfall. Der linke Sondenurin ist klar und steril. Trotzdem nach einigen Tagen wieder hohe Temperaturen. Behandlung mit Vaccine aus dem Blasenurin. Heilung. — Haberer glaubt den Fall als eine hämatogene Infektion, die ihren Ausgangspunkt von der Blase genommen hat erklären zu müssen. Die Autovaccination hat in diesem Falle sicher den Verlauf der Krankheit günstig beeinflußt. *Kotzenberg* (Hamburg).

Gayet: Action de la néphrotomie dans la tuberculose rénale. (Wirkung der Nephrotomie bei Nierentuberkulose.) Rev. prat. des malad. des organ. génito-urin. Jg. 11, Nr. 63, S. 175—178. 1914.

Verf. will keinesfalls die Nephrotomie an Stelle der Nephrektomie bei Nierentuberkulose empfehlen. Jedoch beobachtete er einen Fall nachgewiesener rechtsseitiger Nierentuberkulose (Tierversuch), bei dem er sich bei der Freilegung und Spaltung der Niere, die trotz eingehenden Suchens absolut gesund aussah, nicht zur Entfernung entschließen konnte. Es trat danach eine ganz auffallende Besserung ein, und cystoskopisch waren die früher vorhandenen schweren Blasenveränderungen nach $^1/_2$ Jahr verschwunden. Tierversuche blieben von beiden Nieren negativ. Verf. glaubt daher, daß für Nierentuberkulose, die ohne sichtbare Veränderungen einhergeht, die breite Nephrotomie eine gewisse Berechtigung besitzt. Die Patienten müssen natürlich unter dauernder Aufsicht bleiben, um später radikal vorgehen zu können. *Hoffmann.*

Castellino, P. F.: Fisiopatologia e clinica dell'apparato renale. 9. Fisiologia e semeiologia. (Die Physio-Pathologie und Klinik des Nierenapparates.) (*Istit. di patol. med. dim., univ., Napoli.*) Tommasi Jg. 9, Nr. 14, S. 281—291. 1914.

Verf. erörtert die von den verschiedenen Autoren für das Entstehen der nephritischen Ödeme gegebenen Erklärungen (Bright, Fischer, Lecorché, Cohnheim u.a.). Nach seiner Ansicht kann keine der Theorien für sich allein das Entstehen der nephritischen Ödeme erklären, da diese von verschiedenen Vorgängen abhängen, als deren wichtigster die gestörte Tätigkeit der Gewebszellen angesehen werden muß. Diese letzteren erzeugen die interstitielle Lymphe, welche in erster Linie dadurch gesteigert werden kann, daß von den Nieren nicht ausgeschiedene Stoffe u. a. das retinierte Kochsalz, aber auch Säuren reizend auf die Gewebszellen wirken. Läsionen der Blutgefäßcapillaren durch toxische Stoffe, eine veränderte Blutbeschaffenheit (Hydrämie), Herzschwäche oder Überdruck in den arteriellen Gefäßen können ebenfalls zur Vermehrung der interstitiellen Gewebsflüssigkeit beitragen. Kurz gesagt müssen zwei Gruppen von Ursachen für die Entstehung nephritischer Ödeme herangezogen werden: Die funktionell und chemisch-physisch veränderten Gewebe und die Unterdrückung der Nierenfunktion mit ihren auf den Organismus einwirkenden Folgen. *Herhold* (Hannover).

Lohnstein, H.: Zur endoskopischen Diagnostik und Therapie der proliferierenden Urethritis. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8, H. 7, S. 529—545. 1914.

Die Beschwerden der Kranken mit chronischer Urethritis sind nicht lediglich auf die circumscripten Wucherungen der Schleimhaut zurückzuführen, sondern beruhen oft auf diffusen Veränderungen der Urethralwand. In Betracht kommen außer tieferen infiltrierenden Entzündungen oberflächliche Proliferationsprozesse der Schleimhaut, gegen die die übliche Dehnungstherapie unwirksam ist, und die Verf. zuerst mit spreizbaren Curetten behandelt hat. Diese Methode war unvollkommen, hauptsächlich wegen der Blutungsgefahr, ehe das Goldschmidtsche Irrigationsurethroskop eine genaue Indikationsstellung und eine Curettierung unter Kontrolle des Auges gestattete. Bei Anwendung letzteren Instruments sind stärkere Blutungen ausgeschlossen. Indiziert ist das Curettement, wenn sich das Bestehen flacher diffuser Harnröhrenwucherungen durch grauweiße Beläge oder durch retikuliertes, bzw. granuliertes Aussehen der Schleimhaut kundgibt, während narbige Veränderungen oder größere Zotten und Polypen eine Kontraindikation bilden. Daß das Curettement in den bezeichneten Fällen die einzig zweckmäßige Behandlungsmethode ist, ergibt sich aus der Betrachtung der histologischen Veränderungen. Es handelt sich dabei um eine starke Wucherung des Schleimhautepithels nach zwei Typen, einem epidermoidalen Typ mit glatter Oberfläche und einem Typus, bei dem die oberste Epithelschicht von Zylinderzellen gebildet wird und durch Quellung und zellige Infiltration wie aufgefasert erscheint. In vielen Fällen kommt es infolge der Infiltration auch zur Verstopfung der Lacunen und Littréschen Drüsen. Gegen solche Veränderungen sind medikamentöse Behandlung und Dehnung machtlos. Bei der Anwendung der Curette ist große Vorsicht geboten; zumal beim Übergang einer weiteren in eine engere Partie der Harnröhre muß die Spreizung des Instruments genau dosiert werden. Verf. hat die Curettiermethode in etwa 600 Sitzungen bei 100 Patienten angewandt. Genaue statistische Angaben über die Resultate kann er nicht machen, da er die Curette nur zusammen mit anderen Verfahren benutzt hat. Nach dem Prinzip der Urethroskopcurette hat Verf. eine Urethroskopmassierwalze konstruiert, deren er sich für die Behandlung der Retentionen bedient. Mit dem Instrument exprimiert er die verstopften Ausführungsgänge, worauf sich die flockigen retinierten Massen in das Harnröhrenlumen entleeren, wie sich Verf. häufig durch die Urethroskopie überzeugen konnte. Die Expression hat Verf. in Verbindung mit Spülung oder Instillation von Silberlösungen in 50 Fällen mit gutem Erfolg angewandt.

Kempf (Braunschweig).

Männliche Geschlechtsorgane:

Turutiner, M.: Zur Frage der Vaccinetherapie der Gonorrhöe und ihrer Komplikationen. Medizinskoje Obrozrenie Bd. **81**, Nr. 8. S. 719—736. 1914. (Russisch.)

Nach ausführlicher Besprechung der bisher für und gegen die Vaccinetherapie der Gonorrhöe laut gewordenen Stimmen, kommt Verf. auf Grund seiner 23 Fälle zu folgenden Schlüssen. Die Vaccinebehandlung ist bei vorsichtiger Anwendung und richtiger Dosierung vollkommen ungefährlich. In genügenden Mengen angewandt tötet sie die Gonokokken ab und muß daher auch in allen akuten Fällen angewandt werden. Die Gonokokkenvaccine mildert in kurzer Zeit die Schmerzen bei akuten und subakuten Komplikationen und beugt weiteren Komplikationen vor; sie fördert die Resorption der durch die Gonokokken hervorgerufenen pathologischen Produkte. Durch Anwendung der Vaccine wird jede instrumentelle Behandlung von Uretrahlkomplikationen bedeutend verkürzt. *v. Schilling* (St. Petersburg).

Rihmer, Béla: Prostatektomien. (*Sct. Jánosspit., Budapest.*) Budapesti Orvosi Ujsag Jg. **12**, No. 17, S. 225—226. 1914. (Ungarisch.)

Bericht über 3 Fälle; in einem wurde wegen Steine die Epicystotomie gemacht, dabei stellte es sich heraus, daß aus der unteren Peripherie des Blasenhalses ein 3 cm langes uvulaartiges Gebilde in das Blasenlumen hereinragt, aus welchem bohnengroße drüsenartige Knoten zu enucleiren waren, welche mit der Prostata in keinem Zusammenhange standen sondern sich unmittelbar unter der Schleimhaut des Blasenhalses befanden. Die Prostata war hypertrophisch und wurde ebenfalls enucleirt. — In einem Falle trat 9 Tage nach der Prostatektomie Trauma und Opisthotonus auf, kein Fieber, Exitus am nächsten Tage. Bei der Sektion Eiterung um einen versenkten Catgutfaden. Kulturell wurde dieser Eiter nicht untersucht. — Das Bett der Prostata wird durch einen mittels einem Seidenfaden befestigten nußgroßen Tampon tamponiert, daneben kommt ein Parer von 28—30 Ch. Die Bauchwunde wird bis zum Parer dicht verschlossen. Entfernung des Tampons nach 48 St., der Parer wird in die Blase zurückgeführt und bis zum Ende der zweiten Woche da gelassen. *Pólya* (Budapest).

Vragassy, Lipót: Fälle von Epispadie nach einer neuen Methode operiert. (*Comitatsspital, Nyitra.*) Budapesti Orvosi Ujsag Schénel Jg. **12**, No. 2, S. 17—19. 1914. (Ungarisch.)

Aus der Epispadie wird meist eine Hypospadie gemacht indem die freigemachte Urethra zwischen den Corpora cavernosa penis durchgestellt und in einem in der Raphe scroti gemachten Schnitt herausgenäht wird, nun wird der Appendix in einen subcutanen Kanal, der Penis nach Scarification seiner Serosa implantiert und daselbst durch ein durchgezogenes Gummiröhrchen fixiert. Die Harnfistel am Damme wird sekundär verschlossen. Zwei Fälle (4 und 8jähriger Knabe) wurden in dieser Weise geheilt, bei einem wurde der eigene Appendix, beim anderen derjenige einer 40jährigen Frau verwendet. *Pólya* (Budapest).

Marion: Hypertrophie de la prostate. Diagnostic. Examen d'un prostatique. (Hypertrophie der Prostata. Diagnostik. Untersuchungsmethode.) Journ. de méd. et de chirurg. Jg. **9**, Nr. **5**, S. 175—180. 1914.

Die Prostata fühlt sich normalerweise herzförmig an. Ist sie vergrößert, so verschwindet zunächst der obere Einschnitt. Der Kranke muß im Beisein des Arztes Wasser lassen und wird dann katheterisiert. Normalerweise finden sich etwa 20 ccm Residualharn, bei Hypertrophie 100—150. Die cystoskopische Diagnose ist von Wert. Die Diagnose des Carcinoms ist nur dem geübteren Untersucher möglich. Im allgemeinen kann man sagen, daß, wenn ein Mann von 45—50 Jahren Zeichen des Prostatismus bekommt, oder wenn ein sehr alter Mann bis zu seinem 75. Jahre keine Erscheinungen gehabt hat und dann plötzlich Prostatismus eintritt, es sich mit Wahrscheinlichkeit um Carcinom handeln wird. Die höckrige Beschaffenheit der Carcinome ist bekannt. Die Nierenfunktion soll geprüft werden. Marion bedient sich dazu der Methylenblaureaktion. Wenn diese schlecht ausfällt operiert er nicht. Auch die Ambardsche Konstante ist von Wert, wenn sich auch mehr und mehr zeigt, daß man auch bei schlechter Konstante operieren kann. Wenn das Methylenblau nach der ersten halben Stunde sehr intensiv erscheint und 48—72 Stunden anhält, ist die Funktion gut.

Kotzenberg (Hamburg).

Young, Hugh H.: Diagnose und Behandlung der Frühstadien maligner Erkrankungen der Prostata. (17. internat. med. Kongr., London 1913.) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **2**, H. 5, S. 436—467. 1914.

Young teilt seine einschlägigen Fälle in drei Gruppen: 1. solche, bei denen der ganze pathologische Befund Carcinom darstellt, 2. solche, bei denen Carcinom mit

Hypertrophie oder benignem Adenom gefunden wurde, und 3. Fälle von chronischer Prostatitis mit kleinem Bezirk von Carcinom. In vier von den 6 Fällen der ersten Gruppe hatte der Tumor länger als zwei Jahre bestanden. In allen Fällen fehlte Hämaturie vollkommen. Auch bei den Fällen der zweiten Gruppe (5) fehlte Hämaturie. Ebenso in dem Fall der dritten Gruppe, der niemals Harnverhaltung gehabt hatte. In allen 12 Fällen bestand keine Abmagerung, sie hatten nur wenig Beschwerden und Schmerzen. In 6 Fällen war die Prostata hart und knollig, bei zweien glatt. Auf diese Verhärtung und knollige Verdickung der Prostata stützt sich in der Hauptsache die Diagnose des Carcinoms. Besonders ist eine Verhärtung über der Prostata, welche man leicht durch Palpation mit dem Finger, wenn das Cystoskop in der Harnröhre liegt, feststellen kann. von Wert. Bei Spätfällen wird dies Symptom ausgesprochener, aber es ist auffällig, wie lange die oberen Teile der Samenblasen und die Blasenschleimhaut von Carcinom frei bleiben. Auch zur Exulceration neigt das Prostatacarcinom nicht.

Die Radikaloperation des Prostatacarcinoms schließt sich an die vom Verf. empfohlene Operationsmethode bei Prostata hypertrophie an. Eröffnung der Urethra in der Pars membranacea. Einführen des Traktors. Freilegen der Samenblasen von hinten. Vorziehen der Prostata und Incision der vorderen Blasenwand. Halbkreisförmige Incision des Trigonums unter Schonung der Uretermündungen. Exstirpation der Prostata, Urethra, Blasenüberzug, Samenblasen und etwa 5 cm von den Vasa deferentia. Die Blasenwunde wird mit Catgut und Silkworm vernäht und in den oberen Winkel die Urethra eingenäht. Dauerkatheter für eine Woche und Tamponade, die nach 2—3 Tagen entfernt wird.

Bericht über 8 in dieser Weise operierte Fälle. Die Operation soll nicht mehr unternommen werden, wenn das Carcinom sich mehr als eine kurze Strecke über das Trigonum erstreckt, oder wenn die oberen Teile der Samenblase erkrankt oder überhaupt das Carcinom schon weit auf die Umgebung übergegriffen hat. In vielen solchen Fällen kann man mit partieller Resektion der Prostata den Kranken Erleichterung verschaffen. Zu diesem Zwecke wird die Prostata in der üblichen Weise vom Damm aus freigelegt, und zwei seitliche Incisionen werden durch die Kapsel gemacht. Von diesen aus werden die Carcinommassen mit der Curette entfernt, auch einen runden Mittellappen kann man sich in die Schnitte vordrängen. Die Höhlen werden mit Jodoformgaze ausgestopft und ein doppelläufiges Drainagerohr durch die Urethra in die Blase eingeführt. Gaze und Drainrohr werden am nächsten Tage entfernt. Der Fistelschluß erfolgt ziemlich frühzeitig. *Kotzenberg* (Hamburg).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Beccherle, Guido: Su di un caso di tumore extrapelvico del legamento rotondo. (Über einen Fall von extrapelvischer Geschwulst des Ligamentum rotundum.) (*R. istit. di studi super. e di perfez., Firenze.*) Policlinico, sez. chirurg. Jg. **21**, Nr. 6, S. 257—267. 1914.

44jährige Frau leidet seit 2 Jahren an einer in der rechten Leistengegend befindlichen und sich in die rechte große Schamlippe erstreckenden Geschwulst, die in der letzten Zeit schneller an Größe zunimmt. Bei der Operation wurde eine hühnereigroße, weich-elastische Geschwulst angetroffen, welche vom rechten runden Mutterband ausging, und hinter welcher eine nußgroße Darmhernie lag. Entfernung der Geschwulst, Reposition des Bruchs und Bassini, Heilung. Die Geschwulst bestand histologisch aus Gruppen kubischer endothelialer Zellen, die durch ein spärliches retikuläres Bindegewebe getrennt waren, in der Mitte einzelne glatte Muskelfasern, spärliche Blutgefäße. Es handelte sich um ein Lymphango-Endotheliom, das wahrscheinlich von den Lymphgefäßen des Ligamentum rotundum ausgegangen war. Diese Art Geschwülste des Lig. rotundum sind wie überhaupt die Geschwülste desselben selten. Die beste Einteilung der Tumoren des runden Mutterbandes ist nach Ansicht des Verfs. die von Nebesky angegebene in intra- und extrapelvische. *Herhold* (Hannover).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Balás, Jenö: Der heutige Stand der Therapie der Gelenktuberkulose im Kindesalter. (*Sct. Stephansspit., Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. **58**, S. 212—214. 1914. (Ungarisch.)

Womöglich konservatives Verfahren (Fixation und etappenweise Extension nach Dol-

linger; Punktion der kalten Abscesse mit Einspritzung der Calotschen Lösungen, Höhenklima, Heliotherapie); wenn operiert werden muß, soll eine möglichst radikale Arthrektomie, ev. Resektion ausgeführt werden; Amputation nur bei stark herabgekommenen Individuen oder wenn bei sehr jugendlichen Individuen der ganze Epiphysenknorpel bei der Resektion entfernt werden müßte. *Pólya* (Budapest).

Oehlecker, F.: Ein weiterer Beitrag zur Klinik, Unfallbegutachtung und Behandlung tabischer Gelenkerkrankungen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **92** (Festschr. z. 25jähr. Bestehen d. Eppendorfer Krankenh.), S. 599—666. 1914.

Die Arbeit bringt auf Grund von 21 eigenen Beobachtungen einen wertvollen Beitrag zur Klinik der tabischen Arthropathien. Die tabischen Gelenkerkrankungen befallen vorzugsweise die untere Extremität. Unter den 21 Fällen betrifft nur ein einziger die obere Extremität. Besonders ausführliche Besprechung ist der Röntgendiagnostik der Erkrankung gewidmet. Die ersten Veränderungen sind stets Destruktion und Zerstörung in Form von kleinen Abbröckelungen, daneben kommt es bis zu ganz regellos aufkeimendem neuem Knochenleben, eine Gruppe geht aus den Knochen und Periostverletzungen hervor, eine zweite wird von den peri- und paraartikulären Ossificationen gebildet. Häufig sind im weiteren Verlauf Spontanfrakturen. Eine solche Spontanfraktur kann — wegen der Schmerzlosigkeit der vorhergehenden Erkrankung — mitunter das erste Symptom einer tabischen Arthropathie sein. Für die Unfallbegutachtung gilt im allgemeinen, daß bei keiner Erkrankung so häufig die Unfallfolgen zu unrecht anerkannt werden, wie gerade hierbei. Nur dann, wenn der Unfall derart war, daß auch normalerweise eine Fraktur entstehen konnte, ist der Zusammenhang anzuerkennen. — Bezüglich der Behandlung der Arthropathien sucht Verf. zu beweisen, daß man durch geeignete Operationen oft viel Nützliches leisten, ja einen Stillstand des Leidens erzwingen kann. *Baisch* (Heidelberg).

Obere Gliedmaßen:

Strachauer, A. C.: Brachial plexus anesthesia: A complete local anesthesia of the upper extremity, permitting of all major surgical procedures. (Brachialplexusanästhesie: Eine vollständige Lokalanästhesie der oberen Extremität, die alle größeren chirurgischen Eingriffe gestattet.) Journ.-lancet Bd. **34**, Nr. 11, S. 301 bis 303. 1914.

Strachauer wendet die Lokalanästhesie in großer Ausdehnung an und benutzt Novocian in isotonischer Kochsalzlösung. 250 ccm einer $^1/_2$proz. Lösung können ohne Schaden injiziert werden und reichen für jede Operation. Auf 10 ccm Novocainlösung 1 Tropfen einer $1‰$ Suprareninlösung. Das synthetische Suprarenin ist dem Adrenalin vorzuziehen, da es durch Kochen nicht verändert wird. Es ist nicht anzuwenden bei der Anästhesierung der Finger, da es sich hier um eine terminale Zirkulation handelt und die Vasomotorenconstriction Gangrän hervorgerufen hat. Bei jeder größeren Amputation, auch wenn sie unter Allgemeinnarkose ausgeführt wird, sollten zur Vermeidung des Schocks die betreffenden Nerven blockiert werden. Beschreibung der Technik der Anästhesie des Plexus brachialis nach Kulenkampff. Bei vollkommener Technik können Zufälle vermieden werden. Man soll aber nicht beide Seiten des Halses zur selben Zeit und an gleicher Stelle injizieren. Lokalanästhesie in der großen Chirurgie ist nicht die Anästhesie der Wahl, sondern der Notwendigkeit. Ihre Indikationen sind die absoluten Kontraindikationen der allgemeinen Anästhesie. *Hoffmann* (Greifswald).

Pohl, W.: Tuberkulose der Fascie des Bicepsmuskels am Oberarm. (*Städt. Krankenh., Moabit, Berlin.*) Therap. d. Gegenw. Jg. **55**, H. 7, S. 296—297. 1914.

Muskeltuberkulose ist sehr selten; in der Literatur sind bisher nur 18 Fälle einwandfrei niedergelegt. Der beschriebene Fall (22jähriges Mädchen) ist noch dadurch besonders bemerkenswert, daß die Tuberkulose ausschließlich auf den Muskel beschränkt war, soweit klinisch feststellbar. — Es handelte sich um einen ganz oberflächlichen fistulösen Prozeß auf der Beugeseite des rechten Oberarms. Mikroskopische Untersuchung der brüchigen grauroten Granulationen ergab Granulationsgewebe mit Fibroblasten- und Riesenzellen, z. T. vom Langhansschen Typus. Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden. — Nach vergeblicher Jodkalikur und Stauungsbehandlung wurde durch in Berlin durchgeführte Sonnentherapie völlige Heilung erreicht. *Posner* (Jüterbog).

Untere Gliedmaßen:

Láng, Adolf: Talusfrakturen. Budapesti Orvosi Ujság Jg. 12, Nr. 21, S. 279 bis 283. 1914. (Ungarisch.)

Unter mehr als 12 000 Verletzungen der genannten Klasse wurde Talusfraktur in 17 Fällen mittels Röntgenuntersuchung konstatiert, hiervon isolierter Bruch des Caput in 1, des Caput und des Korpus in 1, des Caput und des medialen Knöchels in 1 Fall, isolierte Collumbrüche in 3, isolierte Korpusbrüche in 5, Brüche des Korpus und des Malleolus internus resp. Malleolus externus in je einem Falle, isolierte Fraktur des Proc. posterior in 1 Falle, dieselbe kombiniert mit Calcaneusfraktur in 3 Fällen, von diesen einer beiderseitig. Die Konsequenzen der Caputbrüche, da die Bewegungen der Art. talocruralis hierdurch nicht beeinträchtigt und die statischen Verhältnisse des Fußes nicht beeinträchtigt werden, sind nicht schwer, die Prognose ist in diesen Fällen gut. Die Collumbrüche gefährden die Beweglichkeit des Talocruralgelenkes und können zu Varusstellung führen. Die schwersten Folgen entstehen nach Korpusbrüchen: Rigidität der Talocruralgelenkes und Supinationsstellung des Fußes. Der Bruch der hinteren Apophyse beeinträchtigt die Beweglichkeit des Gelenkes nicht, die Callusbildung jedoch kann Achillodynie verursachen. Deshalb ist es berechtigt, daß wenn nach Frakturen des Taluskörpers eine Dislokation oder Luxation des Bruchstückes eintritt, in frischen Fällen eine Vereinigung der Bruchenden mittels Naht, in veralteten Fällen die Exstirpation des Talus vorgenommen werde. Ebenso indiziert die traumatische Achillodynie den Eingriff. *Pólya* (Budapest).

Mezö, Béla: Fälle von gonorrhoischer Achillodynie. Budapesti Orvosi Ujsag Jg. **12**, No. 24, S. 321—323. 1914. (Ungarisch.)

Bericht über 4 Fälle von Entzündung der Bursa retrocalcanea, welche infolge von Gonorrhöe entstand, in einem Falle 9, im anderen 10 Jahre lang, bei den übrigen kürzere Zeit dauerte und auf Arthigon heilte. In einem Falle rezidivierte mit der Urethralgonorrhöe auch die Achillodynie. *Pólya* (Budapest).

Láng, Adolf: Über Beckenbrüche und deren Folgen. (*Revisionsanstalt der Landeskasse für Arbeiterhilfe und Unfallversicherung.*) Budapesti Orvosi Ujsag Jg. **12**, No. 8, S. 101—106 u. No. 9, S. 118—124. 1914. (Ungarisch.)

Bericht über 39 Fälle, welche in der Anstalt zur Begutachtung kamen. Am häufigsten, 18 mal, wurden Brüche des Scham- und Sitzbeines beobachtet; diese heilen nur dann ohne Zurücklassung von Beschwerden, wenn sie relativ klein und isoliert sind, bei ausgedehnteren Brüchen bleiben Ödeme der Beine, Hinken, Harnröhrenstrikturen zurück, welche dauernde Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit von 15—50, in drei Fällen von 80—100% zurückließen. Brüche des Darmbeines gehen nur dann mit dauernden Beschwerden einher, wenn sie in der Nähe des Acetabulum sitzen. Von 8 Fällen heilten 4 vollkommen aus, in den übrigen 4 wurde die Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit mit 20—25% begutachtet. Brüche des Acetabulum gehen mit Bewegungseinschränkung, Hinken, Verkrümmung der Extremität ein, von den 5 Fällen betrug die Verminderung der Arbeitsfähigkeit einmal 12, zweimal 50, zweimal 100%. Brüche der Gegend der Synchondrosis sacroiliaca kamen zweimal zur Beobachtung mit dauernder Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 15—50%, im letzteren Falle war eine Diastase der Synchondrose mit Schmerzen, Harnträufeln beobachtet. Bruch des Sacrums wurde einmal beobachtet mit 20%, und Arthritis deformans coxae viermal mit 75 proz. Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit. Diese entstand zweimal nach Bruch des Acetabulums, zweimal nach Ruptur der Bänder. *Pólya* (Budapest).

Stierlin, Eduard: Ostitis fibrosa bei angeborener Fraktur. (*Chirurg. Klin., Univ. Basel.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **130**, H. 1/2, S. 85—117. 1914.

Fünf Wochen altes, frühreif geborenes Kind, das bei der Geburt oberhalb der Malleolen eine Unterschenkelfraktur aufwies. Fuß nach hinten dislociert. Rechtes Bein: Unscharf begrenzte Aufhellung in Tibia und Fibula an der Knickungsstelle. Resektion der Bruchstelle und Implantation von Elfenbeinstiften. Eine Nachuntersuchung nach 3 Jahren zeigt Konsolidierung in ausgezeichneter Stellung der Unterschenkelknochen. Das histologische Bild erinnert an die Ostitis fibrosa. Die angeborenen Unterschenkelfrakturen sind charakte-

ristische Verletzungen. Die letzte Statistik von Haudek und Kümmel berichtet über 103 Fälle. Das betroffene Bein ist meistens atrophisch. Die Bruchstelle liegt meist an der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Unterschenkels. Der Unterschenkel ist verbogen, die Spitze des Winkels sieht nach vorne. Der Fuß zeigt Valgus- oder Equinusstellung. Häufig finden sich andere Mißbildungen, vor allem Fibuladefekte, nur $^1/_3$ der Fälle hat die normale Zehenzahl. Ein Trauma während der Schwangerschaft wird bei zahlreichen Fällen angegeben. An der Knickungsstelle fehlt fast regelmäßig der Callus. Die intrauterinen Frakturen wurden bisher auf Störungen der enchondralen Ossifikation bezogen. Der vom Verf. erhobene Befund ist um so bemerkenswerter, als er das Wesen der Krankheit besser erklärt wie die bisherigen Theorien. Der Heilerfolg ist angesichts der schlechten Prognose dieser Fälle überraschend. *Frangenheim.*

Savariaud et Roederer: Allongement du membre inférieur dans la tuberculose du genou. (Verlängerung der unteren Extremitäten bei Kniegelenkstuberkulose.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **18**, Nr. 12, S. 412—415. 1914.

In drei Fällen von Gonitis tuberculosa sahen die Verff. keine Verkürzung, sondern im Gegenteil eine Verlängerung der erkrankten Extremität. Bei der Erklärung der Ursache dieser Verlängerung erwähnen die Verff. die diesbezüglichen Erfahrungen von Roland, Genewiev, d'Elliot und Ollier und schließen sich der Ansicht Volkmanns an, wonach diese pathologische Verlängerung auf die Irritation der Wachstumsknorpelscheibe zurü kzuführen sei.

Béla Dollinger (Budapest).

Le Damany, P.: Congenital luxation of the hip. („Kongenitale Hüftluxation.) Americ. journ. of orthop. surg. Bd. **11**, Nr. 4, S. 541—567. 1914.

Verf. bespricht seine uns schon aus früheren Veröffentlichungen in der deutschen Literatur (Zeitschr. f. orth. Chir. **21**) bekannten Ideen über die Ätiologie der kongenitalen Hüftluxation, die er in anthropologischen Gründen, der Torsion des Femur, der übermäßigen Beugung in dem Hüftgelenk während des uterinen Lebens und der Streckung nach der Geburt, erblickt. Er konnte diese Veränderungen durch genaue Untersuchungen bei verschiedenen Tierarten und beim Menschen nachweisen und zeigt wie durch die postfötale Streckung des Hüftgelenkes, dann durch Hebelwirkung der Kopf aus der Pfanne herausgehebelt werden muß. Diese Schlußfolgerungen sind auch für die Therapie maßgebend. Le Damany verwendet nach der Reposition nur 3 Monate Gypsverband in der Lorenzschen Primärstellung, danach gibt er einen komplizierten Schienenapparat zur Detorsion des Femur, dessen Einzelheiten im Original nachgesehen werden müssen. Auf diese Weise hat D. 97% Heilungserfolge erzielt. *Baisch.*

Lance: Sur la maladie de Schlatter. (Die Schlattersche Krankheit.) Paris chirurg. Jg. **6**, Nr. 4, S. 398—421. 1914.

Die Ansichten über die Ätiologie des Leidens sind noch immer geteilt. Gegen die Annahme eines kleines Abrisses der Tuberositas tibiae spricht das Fehlen eines Traumas in der Anamnese von fast $^2/_3$ der Fälle. Die Krankheit wird fast ausschließlich bei Knaben im Alter von 13—15 Jahren, z. Zt. des lebhaften Knochenwachstums beobachtet. Das Leiden hat progredienten Charakter, ist häufig doppelseitig. Die klinischen Symptome: Leichte Schwellung der Tuberositas, umschriebene Hämatome, geringe Druckschmerzhaftigkeit, kein Funktionsausfall sprechen gegen eine Fraktur. Ein bewegliches Fragment ist nur in einem Falle gefühlt worden. Sehr häufig finden sich an anderen Apophysen (Ellbogen, Olecranon, Calcaneus) ähnliche Beschwerden. Die Unregelmäßigkeit in der Form und dem Auftreten der Knochenkerne der Tuberositas tibiae, der wechselnde Befund an beiden Beinen desselben Individuums mahnten zur Vorsicht bei der Deutung und Wertung der Röntgenbilder. Röntgenaufnahmen, die in Intervallen aufgenommen werden, haben niemals als Callus zu deutende Schatten gezeigt. In 17 Fällen ist die Tuberositas tibiae operativ freigelegt worden, bei keinem wurde eine Fraktur der Tuberositas gefunden. Die Schlattersche Krankheit ist eine subcutane oder chronische Wachstumsapophysitis, die durch ein Trauma ausgelöst oder verschlimmert wird. Vielleicht ist das Leiden mit der Coxa vara oder ähnlichen Belastungsdeformitäten zu vergleichen, die außerdem häufig gleichzeitig vorhanden sind. In einigen Fällen handelt es sich um eine nicht erkannte Entzündung der unter dem Ligamentum patellae gelegenen Bursa. Zwei interessante eigene Beobachtungen. (Literaturverzeichnis.)

Frangenheim (Köln).

Zentralorgan für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band VI, Heft 8 S. 433—492

Autorenregister.

Abbe (Wucherungen) 265.
Abderhalden, Emil (Abwehrfermente) 324.
Aboulker, Henri (Blutegel im Kehlkopf) 93.
— — (Laryngeus-superior-Resektion) 93.
Abrikossoff, A. J. (Bösartige Geschwülste) 118.
— — — (Wurmfortsatzcarcinom) 55.
D'Abundo, G. (Linsenkern) 132.
— G. (Nervengewebe) 141.
— Giuseppe (Rückenmarksveränderungen) 140.
Achard, Ch. (Traumatische Tuberkulose) 327.
Achelis, W. (Adhäsive Perikarditis) 360.
Agazzi, Antonio (Händedesinfektion) 407.
Aimes, A. (Brodiesche Neuralgie) 280.
Aktinomykose 10.
Albanus (Carcinombehandlung) 352.
Albee, Fred H. (Knochentransplantation) 249.
— — — (Frische Frakturen) 121.
Albertario, Erminio (Röntgentherapie) 40.
Albrecht, Hans (Nephritis) 425.
— W. (Pharyngo-ösophageales Pulsionsdivertikel) 357.
A'ldor, Lajis (Hämorrhoidale Blutmengen) 418.
Alessandri, R. s. Mingazzini, G. 88.
Alexandrowa, N. K. (Mischgeschwülste) 12.
Alexeieff, A. (Enuresis nocturna) 168.
— — P. (Speiseröhrenchirurgie) 146.
Allen, Carroll W. (Lokalanästhesie) 194.
— H. R. (Äußere Knochenschiene) 86.
Allmann (Carcinombehandlung) 12.
— J. (Carcinombehandlung) 266.
Alquier, L. (Basedowismus) 95.
Alvares, Dionysio und Carlos Prazeres (Sporotrichose) 333.
Amantea, G. (Kompressionen der Zona cortic. sigmoidea) 276.
Anastassiadès, Thémistoclès (Kriegschirurgie) 126.
Anderson, A. E. (Gallensteine) 233.
André-Thomas (Epilepsie bei Hirntumoren) 408.
Angélesco, C. (Gastrojejunostomia) 227.
Anschütz (Magencarcinom) 46.
Anspach, Brooke, M. (Spinalanästhesie) 271.
Arce, S. (Tuberkulöse Hüftbursitiden) 175.
Arcelin s. Rafin 240.
Arcellin et F. Pélissé (Röntgendurchleuchtungen) 195.
— — Giuliani (Hochfrequenzströme in Urologie) 169.
Armand-Delille, P. F. (Sonnenbehandlung) 182.
Armstrong, George E. (Kugel im Herzbeutel) 149.
Arnaud, L. (Bauchquetschung) 97.
Ascoli, G., et T. Legnani (Hypophyse) 136.
Aubert s. Leuret. E. 359.
— V. (Anus praeternaturalis) 58.
Aubineau s. Chuiton 29.
Audion Pierre (Tuberkulosensonnenbehandlung) 182.
Axhausen, G. (Freie Gelenkkörper) 110.

Bachmachincoff, V. (Rückenmarksentzündungen) 204.
Badin, Paul-Vital (Knochensyphilis) 109.
Baer (Pneumolyse) 412.
Baetjer, F. H. s. Friedenwald, Julius 293.
Baeyer, H. v. (Tabes) 205.
Bainbridge, Wm. Seaman (Kolonresektion) 57.
— — — (Kropfoperationen) 33.
Balás, Jenö (Gelenktuberkulose) 429.
Balfour, Donald C. (Doppelte Resektion bei Kropftypen) 33.
Ballance, Charles A. (Cerebrospinalflüssigkeit) 133.
Barbosa, Nelson (Arthritis syphilitica) 72.
Bardier, E., et D. Clermont (Arterien) 324.
Barkan, Hans (Basedow und Tabes) 283.
Barker, Arthur E. (Pankreatitis) 424.
Barkley, A. H. (Nierenruptur) 64.
Barlerin, P. (Verbände mit Pferdeserum) 334.
Barling, Seymour (Leberfremdkörper) 232.
Barnes, Rollin H. (Analfistel) 302.
— — — (Mastdarmstopfrohr) 61.
Barnsby, H. (Appendicitis) 52.
Barr, Richard A. (Appendicitis) 377.
Bársony, Tivadar (Pylorusexklusion) 413.
Barth, A. (Kehlkopfkrebs) 282.
Bartlett, Willard (Sterilisierung von Catgut) 24.
Bashford, E. F. (Krebsforschung) 331.
Basile, Giovanni (Nephrektomie) 306.
Bassler, Anthony (Oesophaguscarcinom) 356.
Bastedo, Walter A., and Leon Theodore Le Wald (Chronische Magenkrankheiten) 290.
Bastianelli, Pietro (Pylorusausschaltung) 295.
Bauer, Richard und Paul Habetin (Gehgipsverbände) 77.
— (Nierenfunktionsprüfung) 63.
Bauereisen, A. (Pyelitis gravidarum) 307.
Baur, J. (Darmverschluß) 300.
Baxter, George Edwin (Appendicitis) 376.
Bayet, A. (Tiefsitzende Krebse) 120.
— — (Tiefsitzende Carcinome) 120.
Beach, William M. (Analstriktur) 232.
Beall, Frank C. (Carcinom der Brust) 37.
Beccherle, Guido (Geschwulst des Ligamentum rotundum) 429.
Bechhold, H. (Händereinigung) 129.
Bechtel, R. E., and E. R. Le Count (Blastomykosis) 264.
Beck, Emil G. (Gelenkerkrankungen) 390.
Becker (Antrumoperationen) 277.
Beckman, E. H. s. Mayo, Charles H. 210.
— — — (Komplikationen nach Operationen) 260.
Beebe, S. P. s. Rahe, Jessie Moore 142.
— — — (Basedowstruma) 95.

Bégouin (Halslymphosarkome) 205.
Behring, E. v., und Richard Hagemann (Diphtherieschutzmittel) 261.
— — — — (Diphtherieschutzmittel „TA") 83.
Beifeld, Albert H. s. Strouse, Solomon 103.
Belot, J. (Sella-turcica-Veränderung) 408.
— — et L. Nahan (Lupusbehandlung) 325.
Bengsch (Pfählungsverletzungen) 362.
Benjamin, A. E. (Appendicitis) 229.
— — — (Cystenniere) 166.
— — — (Operative Frakturenbehandlung) 121.
Beresnegowski, N. I. (Leberblutungen) 61.
Berg, Henry J., van den (Brustcarcinom) 209.
Bergmann, Anton (Noma) 278.
Berlatzky, G. B. (Brustdrüsenvergrößerung) 146.
Bertels, Arved (Granuloma malignum) 11.
Bertolotti, Mario (Polydaktylie und Teratom der Hypophyse) 345.
Beule, F. de (Littlesche Krankheit) 350.
— — — — (Chirurgische Behandlung hydrocephalischer Kinder) 344.
— — — (Genitalprolaps) 108.
Beving, J. (Tumor cerebri) 27.
Beyea, Henry D. (Gastroptose) 41.
Bickel, Otto (Spätrachitis) 259.
Bjelogolowy, J. A. (Embryonale Zellen) 116.
Bierring, Walter L. (Thrombose und Embolie) 259.
Bikeles, G. (Orbicularis-oculi-Phänomen) 89.
— — und L. Zybszewski (Großhirnreizung) 89.
Bilhaut père, M. (Chronische Obstipation) 231.
Binet, M.-E. s. Loeper, M. 100.
Bird, Fred. D. (Ellbogengelenksluxation) 316.
Birdsall, Edgar (Hyperthyreoidismus) 282.
Birnie, John M. (Harnleiter) 167.
Birrell, E. T. F. (Balkankriege) 124.
Birt, Ed. (Appendicitis) 230.
Bith, Henry (Sporotrichose) 184.
Blackford, J. M. s. Sanford, A. H. 34.
Blackstein, Siegfried (Carcinomserodiagnostik) 185.
Blair, Vilray P. (Geburtsbruch des Femurschaftes) 78.
Blanchard, Wallace (Kinderlähmung) 92.
Block, Frank Benton (Nierenfunktion) 236.
Bloodgood, Joseph C. (Unterlippencarcinom) 28.
— — — (Zungenkrebs) 202.
Blum, Otto (Lokalanästhesie) 87.
Blumenthal, A. (Endonasale Hypophysisoperation) 137.
— — (Rachenmandel) 202.
Boas, I. (Okkulte Blutungen) 415.
— — (Ulcus ventriculi und duodeni) 373.
Böcker, W. (Hackenfuß) 399.
Boggs, Thomas R. (Gehirnnerven) 89.
Boidi-Trotti, G. (Wirbelsäulenfrakturen) 279.
Boise, Eugene (Schock) 81.
Bollag, Karl (Blasengeschwülste) 105.
Bond, C. J. (Fibulatransplantation) 256.
Bondy, Oskar (Septische Erkrankungen) 180.
Bonhoff, Friedrich (Verdauungsleukocytose) 371.
Bonifield, Charles Lybrand (Abdominale und Beckenchirurgie) 288.
Bonnaire, E., G. Durante et G. Ecalle (Ulcus duodeni) 294.
Borchard (Knochenlappenbildung) 30.
Borséky, Károly (Leberechinokokkus) 422.
Borszéky, Karl (Magendivertikelbildung) 100.
Boruttau, H. (percutane Jodresorption) 339.
Borwoski, Milivoj s. Manninger, Vilmos 406.
Borzekowska-Lewin, Chaja (Sarkom des Kleinhirns) 27.
Bosquet (Morbus Recklinghausen) 163.
Botey, Ricardo (Kehlkopfexstirpation) 207.
Boughton, T. H. s. Eisenstaedt, J. S. 265.
— — — and S. N. Clark (Blastomykosis) 264.
— — — and A. M. Stober (Blastomykosis) 264.
Bouquet, H. (Aneurysma arterio-venosum) 397.
Bourguet, J., et Dansan (Hypophysentumor) 91.
Bovis, R. de (Chirurgischer Schock) 321.
Brackett, E. G. (Gelenkleiden) 390.
Brasch, M. (Intravenöse Arthigoninjektionen) 245.
Brauer, L. (Tuberkulosebehandlung) 403.
Braun, W. (Diphtheriebekämpfung) 180.
Braunstein, A. N. (Bösartige Geschwülste) 118.
Breiger (Tuberkulosebehandlung) 403.
Breitmann, M. J. (Diagnose durch Stimmgabel) 37.
Breitner, Burghard (Schädelschüsse) 16.
Bretschneider, J. (Kleinhirnbrückenwinkeltumor) 27.
Broca, A. (Abrißfraktur des Epicondylus medialis humeri) 394.
— — (Hüftgelenksluxation) 317.
— — et André Trèves (Pottscher Buckel) 30.
Broeckaert, Jules (Kehlkopfexstirpation) 207.
— — (Struma substernalis) 144.
Bronfenbrenner, J. (Serum-Hautreaktion bei Tuberkulose) 115.
Brongersma, H. (Hufeisenniere) 165.
Brouardel, Georges, et Léon Giroux (Rippenfell-Lungentuberkulose) 211.
Brougham, E. J., and A. C. Eckl (Frakturenbehandlung) 13.
Brown, C. P. s. Brown, W. L. 74.
— Thomas R. (Magen und Därme) 152.
— W. L., and C. P. Brown (Schultergelenksplastik) 74.
Bruchi, Jader (Herzverletzungen) 412.
Buberl, Leonhard (Milzbrandkarbunkel) 261.
Budde, Max (Thoriumpräparate) 26.
— W. (Nierenmißbildungen) 63.
Buia, J. s. Dumitresco, D. 309.
Bujwid, O. (Sterilisation) 339.
Bumke, E. (Gärtnerscher Gang) 388.
Bunting, C. H. (Hodgkinsche Krankheit) 264, 327.
Buriánek, Bohuš (Dünndarmschlingenincarceration) 229.
Burrows, Waters F. (Habituelle Obstipation) 299.
Bussalay, Eurico (Kehlkopfstenose) 207.
Busson (Blasendivertikel) 66.
Butler, Raymond de (Nephrektomie) 308.
Buttermilch, W. (Empyembehandlung) 357.
Buxton, Dudley Wilmot (Anästhetica) 127.
Bylina, A. Z. (Pankreaserkrankungen) 162.

Cabot, Hugh (Prostatahypertrophie) 106.
Calseyde, J., van de (Kehlkopflupusstenose) 93.
Calvè, Jacques, and Henri Leliévre (Wirbelsäule bei Spondylitis) 29.
Camp, Carl D. (Paraplegie) 350.
— — — (Trigeminusneuralgie) 275.
Campbell, Harry (Parenchymatöse Syphilis) 134.
Candler, A. L. (Gesichtsmasken) 22.
Cantani, Arnaldo (Phlebitis) 173.
Capone, Giovanni (Glandula thyreoidea) 353.
Carboni, Lauro Cantalamessa (Appendixexstirpation) 297.
Carere, Girolamo (Chirurgische Tuberkulose) 115.
Carle (Vaccin Nicolle) 10.
Carlier, V. (Prostatektomie) 312.
— — et Maurice Gérard (Harnröhrenzerreißungen - Behandlung) 385.
Carmody, Thomas E. (Unterkieferbrüche) 347.
Carnot, Paul, Saint-Girons et Turquéty (Milzerkrankungen) 235.
Carr, W. P. (Frakturbehandlung) 191.
Carraro, Nicola (Lokale Anästhesie in Urologie) 339.
Carter, Ralph M. (Magencarcinom) 46.
Casali, Raniro (Fußlipom) 80.
Case, James T. (Magen- und Duodenalgeschwüre) 370.
Castellino, P. F. (Nierenapparat) 427.
Castro s. Feyo 356.
Catz (Lokalanästhesie) 194.
Caubet, Henri (Coxitis) 254.
Cauli, Giulio (Hüftgelenkcoxitis) 318.
Caussade (Luftschlucken) 366.
— Louis s. Simon, Paul 373.
Cayre, E. (Knochen- und Gelenktuberkulosen) 109.
Cecchereli, A. (Nephropexie) 65.
Cemach, J. (Chirurgische Diagnostik) 402.
Cestan, B., et Fabre (Hemianopsie) 137.
Chailzis, H. (Radiumkur bei Gelenkprozessen) 249.
Chalier, J., et L. Nové-Josserand (Aortenbogenaneurysma) 149.
Champtaloup, Sydney T. (Puerperalsepsis) 260.
Chapple, Harold (Intestinalstase) 55.
Chaput (Hüft- und Kniegelenksankylose) 255.
— (Schenkelhernienradikaloperation) 221.
Charlier (Oesophagusfremdkörper) 96.
Chastenet de Géry, P. (Epicondylalgie) 111.
Chauffard, A. (Gallensteinleiden) 233.
Chavannay, G., et J. Guyot (Pankreascarcinom) 163.
Chelini, Alberto (Lungenechinokokkus) 286.
Chériè-Ligniére, Massimo (Halsvenen) 141.
Chéron s. Leguen, F. 247.
Chiari, H. (Beckenmißstaltung) 281.
Chironi fu Giovanni, Pietro (Harnröhrenstrikturen) 425.
Christidès, D. (Darmtuberkulose) 157.
Chrysospathes, Joh. G. (Supinationsbehinderung der Vorderarme) 395.
Chuiton und Aubineau (Mikuliczsche Krankheit) 29.
Churchill, T., and A. M. Stober (Blastomykosis) 264.
Cifuentes, S. (Blasentumor) 169.
Clairmont, P., and H. Ehrlich (Habituelle Schulterluxation) 74.
Clark, A. Schuyler (Hautcarcinome) 189.
— John G. (Kolonentfernung) 377.
— S. N. s. Boughton, T. H. 264.
Claude, Henri, et M. Loyez (Hämatomyelie) 140.
Clermont s. Ducuing, Bourguet 402.
— D. s. Bardier, E. 324.
Coburn, Raymond C. (Intratracheale Insufflation) 339.
Codman, E. A. (Appendicitis) 298.
Coenen (Ileus) 370.
Coerr, Frederic Huntington (Hebelinstrument) 194.
Cohen, Joseph (Oberkiefercysten) 278.
Cohn, Max (Darmröntgenuntersuchung) 48.
Colcord, A. W. (Schock) 323.
Cole, Herbert P. (Hydrocephalus internus) 27.
Coleman, Warren, and J. A. Hartwell (Milzexstirpation) 381.
Colson, R. (Darmverschluß) 50.
Connell, F. Gregory (Ileumknickung) 217.
Conradi, Erich (Chondrodystrophia foetalis hypoplastica) 401.
Constantino, G. (Streptokokkensepticämie) 82.
Cooke, A. B. (Chirurgischer Schock) 179.
Cooley, E. L. (Hackenfuß oder Klumpfuß) 80.
Coon, Clarence, E. (Periostitis der Lenden-Kreuzbeinwirbelsäule) 280.
Coopernail, G. P. (Varixknoten der inneren Vena sephena) 318.
Corben, Charles (Schlattersche Krankheit) 176.
Corbett (Bluttransfusion) 1.
Corbus, B. C. (Blasenspeculum) 340.
Cordonnier, Denis s. Gérard, Georges 423.
Corlette, C. E. (Hernienbildung) 290.
Corner, Edred M. (Bluterguß und Traumen des Kniegelenkes) 319.
— — — (Unvollständiger Descensus testiculi) 107.
Costa, Romolo (Händedesinfektion) 130.
Cotton, Frederic J. (Hüftfrakturenbehandlung) 317.
Courtade, Denis (Elektrotherapie in der Urologie) 67.
Courtin, J. (Diaphysenerkrankungen) 251.
Courtney, B. J. (Leprabehandlung) 184.
Cramer, H. (Terpentinöl bei Infektionen) 82.
Crone, E. (Magendarmtraktus-Röntgendiagnostik) 151.
Crucillà, Gaetano (Hernia inguino-superficialis femoralis) 221.
Cruet, Pierre s. Schwartz, Anselme 58.
Crump, Armistead C. (Oesophagusstrikturen) 96.
Curtillet et Pierre Lombard (Mykose) 264.
Cushing, Harvey (Drüsenstörungen) 28.
Czyhlarz, Ernst v. (Anämisches Erysipel) 324.

Da Costa, John Chalmers (Art. brachialis-Aneurysma) 174.
— — — — (Trauma und Tuberkulose) 181.
Danis, Robert (Anästhesie) 272.
— — (Gallenwege) 160.
— — (Venenstückeüberpflanzung in Gallenwege) 302.
Dansan s. Bourguet, J. 91.
Daretti, Ugo (Phlegmonöse Gastritis) 222.
Darling, Cyrenus G. (Inguinal- und Femoralhernien) 99.
David, Oskar (Dilatationen des Duodenums) 370.
Davids, Leslie J. (Tonsillektomie) 278.

Davis, Benjamin Franklin (Paraffinkrebs) 187.
— Gwilym G. (Hohlfußbehandlung) 79.
— — — (Lumbosakralschmerzen) 349.
Davison, Charles (Frakturenbehandlung) 121, 192.
Dawson-Turner (Basedowsche Krankheit) 283.
— G. (Darmverletzungen) 157.
Dawydoff, E. S. (Abderhaldensche Reaktion) 119.
Deaver, John B., and Damon B. Pfeiffer) (Pankreatitis) 380.
Decherd, Henry, B. (Larynxpapillome) 94.
Decker (Gastroenterostomie) 45.
Dehelly, Georges s. Guillot, Maurice 112.
Delatour, H. Beeckman (Arthrotomien) 400.
Delbet, Paul (Nebennierenentzündung) 382.
Della Torre, Pier Luigi (Blasenruptur) 66.
— Vedova, P. (Oesophaguskrankheiten) 210.
Delorme, E. (Herz- und Herzbeutelverwachsungen) 360.
Delrez, L. (Bauchschußwunden) 126.
Delsaux, V. (Schädelverletzungen) 88.
— — et E. Delstanche (Entleerung von Gehirnsubstanz) 197.
Delstanche, E. s. Delsaux, V. 197.
Denks, H. (Tuberkuloseröntgenbehandlung) 263.
Derjushinski, S. F. (Magenkrebs) 367.
Derscheid (Lungenlymphsystemverlegung) 97.
Desfosses, P. (Enges Becken) 112.
Desnos, E. (Blasengeschwülste) 311.
Deutschert (Anästhesie) 273.
Deutschländer, Carl (Kniegelenkverpflanzung) 79.
Dibble, Harry F. (Pulmotor) 195.
Dibernardo, Anato Lucio (Operative Gesichtsplastiken) 342.
Dickinson, G. K. (Arm- und Schulterblattausreißung) 395.
— — — (Wrightsche Lösung) 339.
— Robert L. (Beckenchirurgie) 216.
Dieterle, Th., L. Hirschfeld und R. Klinger (Kropfproblem) 282.
Dietrich, Hans Albert (Pancreatitis acuta) 304.
Dionysio s. Alvares 333.
Doberauer, G. (Darmverschluß) 159.
Dobrochotoff, W. (Laparotomie) 370.
Dock, George (Kardiolyse) 413.
Dollinger, Julius (Künstliche Glieder) 87.
Dorendorf (Lungentuberkulose) 412.
Drachter, Richard (Kieferspaltenverschluß) 92.
Dreesmann (Akute Pankreatitis) 305.
Drehmann, Gustav (Osteoarthritis deformans) 398.
Dreyer, Lothar (Patellafraktur) 79.
Drosdorff, A. N. (Atemwegefremdkörper) 355.
Drott, A. (Gipsgehverband) 131.
Dubourg, E. s. Spéder, E. 283.
Ducuing, Bourget, et Clermont (Transfusion) 402.
Dudley, F. W. (Amöbendysenterie und Leberabsceß) 380.
Dünkeloh, W. (Harnblasenspalte) 241.
Duff, Donald (Akute Bauchaffektionen) 215.
Duhot, E., et G. Siauve (Leberechinokokkus) 378.
Dukes, Charles Alfred (Chirurgische Nadel) 25.
Dumitresco, D., et J. Buia (Ureterzerreißung) 309.
Dunn, Arthur, D. (Diverticulitis der Flexura sigmoidea) 300.
Dupre, Barton G. (Halsrippen) 410.
Durán, López A. (Volkmannsche ischämische Contractur) 394.
Durante, G. s. Bonnaire, E. 294.
— W. W. (Gelenkmobilisation) 249.
Duroeux (Blasensyphilis) 66.
Dutoit, Ch. (Hirntumoren) 199.
Duval, Pierre, et J.-Ch. Roux (Coecosigmoidostomie) 372.
— — — — (Dickdarmstauung) 56.
Dyas, Frederick G. (Osteomyelitis) 70.
— — — (Streptokokkeninfektionen) 392.

Eason, H. L. (Hypophysentumor) 345.
Eastman, Joseph Rilus (Fötale Bauchfellfalten) 216.
Eberle, A. (Enterolithen) 158.
Ebert, Roman (Luxatio humeri congenita) 174.
Ecalle, G. s. Bonnaire, E. 294.
Ecke, A. C. s. Brougham, E. S. 13.
Eden, Thos. Watts (Rectovaginafistel) 246.
Edington, Geo H. (Frakturbehandlung) 405.
Ehrlich, H. s. Clairmont, P. 74.
— S. L. (Appendixcarcinoide) 55.
Eichhorst, Hermann (Latenter Meningealkrebs) 344.
Eisenberg, Philipp (Variabilität der Bakterien) 114.
Eisendraht, Daniel N. (Harnwegeradiographie) 164.
— — — (Nierenbeckenkollargolinjektion) 164.
Eisenstaedt, J. S., and T. H. Boughton (Blastomykosis) 265.
Eliot, jlr., Ellsworth (Gallenblasenschädigungen) 160.
Ellis, Gordon E. D. (Dünndarmruptur) 229.
Elsberg, Charles A. s. Kennedy, Foster 281.
Elsner, Hans (Plexus brachialis) 72.
— Henry L. (Uterusgeschwülste) 171.
Emge, Ludwig A. (Gastritis) 291.
Enderlen, Hotz und Magnus-Alsleben (Pfortaderverschluß) 160.
Engel, Károly, und Renö Holitsch (Substernale Strumen) 410.
Engelbrecht, Harald v. (Trachealknorpelveränderungen) 351.
Engelmann, F. (Gynäkologische Chirurgie) 312.
Engländer, Martin (Fieber) 257.
— — (Meteorismus) 361.
Erkes, Fritz s. Keppler, Wilhelm 254.
Erving, William G. (Gelenkfrakturen) 191.
Esau (Appendicitis) 54.
Escande s. Marie 255.
Esch, Alois (Leukocyten) 171.
Estes, W. L. (Frakturenbehandlung) 334.
Everidge, J. (Parasitäre Lebercyste) 304.
Exner, A. (Vagotomie bei gastrischen Krisen) 350.

Faber (Umfangsmessung von Gliedmaßen) 396.
Fabre s. Cestan, B. 137.
Fabricius, Josef (Appendix) 230.
— — (Carcinom der Bartholinischen Drüse) 247.
Fagge, C. E. (Verdauungsstörungen) 291.
Fairbrother, H. C. s. Gunn, F. H. 197.
Falgar (Labyrinthektomie) 347.

Farmakowski, N. W. (Harnröhrensteine) 170.
Farr, R. E. (Brophysches Mundspeculum) 130.
Fawcett, G. G. s. Rahe, Jessie Moore 142.
Fearnsides, E. G. (Hypophysenerkrankungen) 345.
Federici, Nicolino (Idiopathische Hydrocele) 245.
Fedoroff, P. A. (Inguinalhernien) 219.
Feigin, N. (Sattelnasen) 91.
Fein, Johann (Nasenrachengeschwulst) 139.
Fenger, Frederic (Fötale Schilddrüse) 142.
Fernández, E. (Basedowsche Erkrankung) 144.
Ferrarini, Guido (Parotis) 201.
— — (Sekretabfluß der Ohrspeicheldrüse) 139.
Ferreri, Gherardo (Nasenhöhlentumoren) 139.
Ferri, Andrea (Electrargol) 328.
Ferulano, G. (Prostatektomie) 68.
Feyo e Castro (Speiseröhrenfremdkörper) 356.
Ficacci, Luigi (Hodgkinsche Krankheit) 325.
Fillié (Schilddrüsencarcinom) 145.
Finck, Julius (Harzlösungen) 273.
Finkelnburg, Rudolf (Schädeltrauma) 275.
Finsterer, Hans (Magenresektion) 227.
Finzi, Ottelo (Ikterus) 422.
Fiolle, Jean, et Paul Fiolle (Perimetrium und Rectum) 60.
— Paul s. Fiolle, Jean 60.
Fioravanti, Luca (Sehnenplastik) 393.
Fiore, G., e U. Franchetti (Thymusdrüse) 95.
Firket, Ch. (Campher-Paraffininjektionen) 259.
Fischer, Aladár (Atresia ani vaginalis) 388.
— — (Thymektomie) 95, 411.
— Franz (Ulcera cruris-Behandlung) 319.
Fischl, Rudolf (Thymusextraktwirkung) 35.
Flatau, S. (Peristaltin nach Laparotomien) 39.
Flockemann, A. (Stachel-Murphyknopf) 340.
Flörcken, H. (Perniziöse Anämie) 163.
Florowsky, W. W. (Milzverletzung) 62.
Forgue et Jeanbrau (Elektrische Stromunfälle) 86.
Fort, R. E. (Schlüsselbeinexstirpation) 315.
Fortunatowa, T. (Hufeisenniere) 166.
Fossler, H. (Milzcysten) 163.
Fowelin, Harald (Arteria und Vena femoralis-Schußverletzung) 175.
Fowler, Frank (Krebsbehandlung) 405.
— Royale H. (Appendicitis) 230.
— — — (Rectumfremdkörper) 422.
Fraenkel, Alexander (Kriegschirurgie) 123.
— Eug. (Wirbelsäulenversteifung) 202, 280.
— Manfred (Knochenbrüche) 266.
Franchetti, U. s. Fiore, G. 95.
Francis, Charles F. D'Artois (Krebsbehandlung) 12.
Franck, Erwin (Magenkrebs) 227.
Frank, Gustav (Magencarcinom und -tuberkulose) 47.
— Oskar, und Nikolaus v. Jagić (Pneumothoraxtherapie) 285.
— Richard (Hautdesinfektion) 273.
Franke (Tuberkulose der Mesenterialdrüsen) 39.
Franz (Transportschiene) 341.
Fraser, John, and H. H. Robarts (Radiusdefekt) 70.
Frazier, Charles H. (Magensarkom) 296.
— — — (Schädeloperationen) 341.
Freeman, Rowland G. (Nierenbeckenentzündung) 104.
Freund, Hermann (Intraperitoneale Radiumverwendung) 313.
— Leopold (Untersuchungen mit Radiolymphe) 88.
Frias, Roberto (Adrenalin) 324.
Friedenwald, Julius, and F. H. Baetjer (Magen- und Duodenalgeschwür) 293.
Friedheim (Abscesse) 309.
Friedman, G. A. (Duodenalulcus) 45.
Friedmann, F. F. (Friedmannsches Mittel) 83.
Friedrich (Schußverletzungen) 20.
— P. L. (Extremitäten-Transportschienen) 340.
Frischberg, D. (Muskelhernien) 112.
Frolowsky, W. W. (Perforationen des Ulkus ventriculi et duodeni) 368.
Fuchs, H. (Lupus erythematodes und Tuberkulose) 8.
Führer, H. (Hypophysis) 408.
Fürstenau, R., M. Immelmann und J. Schütze (Röntgenverfahren) 25.
Fummi, Antonino (Hirnkontusion) 197.

Gaggia, Mario (Blutegel im Larynx) 93.
Galpern, J. O. (Sarkom des gastrokolischen Ligaments) 369.
Gamolko, I. A. (Anästhesie) 21.
— — — (Meckelsches Divertikel) 370.
Gastinel, Pierre (Lumbalpunktion) 204.
Gaté, J. s. Nicolas, J. 184, 196.
Gaucher (Hautcarcinome) 328.
Gaujoux, Em. (Heliotherapie) 183.
Gaver, F. van (Appendicitis) 52.
Gayet (Nierentuberkulose) 426.
Gaymard (Drüsenentzündung) 69.
Gāza, von (Plexuslähmungen) 251.
Geiger, Charles (Apparat für Knochenoperationen) 340.
Geisse, A. (Saprophytische Staphylokokken) 115.
Georgesco, Gr., et V. Savesco (Hodenkrebs) 171.
Gérard, Georges, et Denis Cordonnier (Triplizität der Arteria hepatica) 423.
— Maurice, s. Carlier, V. 385.
Gerulanos, M. (Nervenverletzungen) 19.
Geschelin, A. (Multiple Hirnabscesse) 135.
Gibbon, John H. (Gallenblaseninfektionen) 303.
Giffin, H. Z. (Magenneurosen) 222.
Gillette, William J. (Abreißen des Skalps) 407.
Gilmour, A. (Hypertrophierende Osteoarthropathie) 109.
Gilson-Herman (Aneurysma der Carotis interna) 92.
— (Nierenruptur) 103.
Gimbel, M. F. (Claviculatumoren) 111.
Giorgi, Giorgio (Cysten der Rolandschen Gegend) 198.
Girode, Charles (Magengeschwür) 41.
Giroux, Léon s. Brouardel, Georges 211.
Giugni, Francesco (Bakterienflora des Duodenum) 224.
Giuliani s. Arcelin 169.
Glatzel, J. (Kotfistel) 377.
Gobeaux (Calcaneusexostosen) 80.
Gocht, H. (Chirurgisches Röntgeninstitut) 87.

Godart, Jos. (Puerperale Infektion) 260.
Goebel, Carl (Arthritis gonorrhoica) 390.
— — (Tumor villosus recti) 159.
Goldammer (Talusverletzungen) 400.
Goldberg, Toby (Nierendiagnostik) 426.
González, L., und S. Pascual (Nierenechinokokkuscyste) 166.
Goodman, Edward H. (Magenkrebs) 416.
Gorasch, W. A. (Blasentumoren) 242.
Gorbakowsky, Doba (Antitrypsingehaltuntersuchungen bei Laparotomien) 287.
Gordinier, Hermon C., and William Kirk (Akromegalie) 137.
Gordon, Ronald G. (Harnwegekoliinfektion) 238.
Gosset, A., et P. Masson (Wurmfortsatzgeschwülste) 101.
Gourfinkel, A. (Chloral-Chloroformanästhesie) 21.
Goworoff, A. W. (Krebserkrankungen) 121.
Graff und A. Weinert (Gallenblasenexstirpation) 379.
— H. (Nierenkoliinfektion) 384.
Gramenitzky, M. (Nierenuntersuchungen) 236.
Grant, W. W. (Blutgefäßverletzungen) 108.
Granville, S. Hanes (Kolostomie) 301.
Gray, A. L. (Schädelbruch) 196.
Greensfelder, Louis A. (Peniscarcinom) 245.
Greggio, Ettore (Fascientransplantation) 289.
Griess, Walter (Kleinhirntumor) 136.
Griewank, H. (Madurafuß) 400.
Griffith, J. P. Crozer (Meckelsche Divertikel) 157.
Grinda, Edouard (Chirurgische Tuberkulose) 390.
Grinenko, A., und W. Lastotschkin (Kriegschirurgie) 127.
— A. P. (Prostatektomie) 244.
Groedel, Franz M. (Invaginatio ileocoecalis) 232.
Gross, M. H., and I. W. Held (Magengeschwür) 152.
Grossmann, I. (Bösartige Pleuraneubildungen) 211.
Grosz, Siegfried, und Richard Volk (Pathogenese der Tuberkulide) 328.
Grünbaum, Carl (Blasenantisepticum) 168.
Grunert, E. (Beckenhochlagerung) 289.
Guibé, Maurice (Adenome des Nabels) 363.
Guillot, Maurice, et Georges Dehelly (Ankylosenbehandlung) 112.
Guleke (Pylorusausschaltung) 45.
Gunn, F. H., and H. C. Fairbrother (Gehirnverletzung) 197.
Guye, G. A. (Heliotherapie der Tuberkulose) 8.
— Georges (Mondbeinverletzung) 393.
Guyot, I. s. Chavannay, G. 163.

Haberer, Hans v. (Niereneiterung) 426.
Habetin, Paul s. Bauer, Richard 63.
Hackenbruch (Schmerzverhütung) 272.
Hacker, v. (Cucullarislähmung) 73.
Hada, Benzo (Wurmfortsatzcarcinome) 299.
Hadley, M. N. (Mammatumoren) 284.
Haendly, P. (Carcinombehandlung) 187.
Hagedorn (Tuberkulosebehandlung) 9.
Hagemann, Richard s. Behring, E. v. 83, 261.
— — (Heftpflasterverband bei Hasenschartenoperationen) 347.
Hagentorn, Al. (Blasenektopie) 105.
— — (Schußverletzungen) 121.
Haggard, W. D. (Morb. Basedow) 35.
Hahn, Adolf (Paranephritis) 104.
Haines, W. D. (Hyperthyreoidismus) 33.
Halahan, Robert E. (Appendicitis) 53.
Hall, J. N. (Bauchdeckenspannung) 290.
Hallbauer, Walther (Regenerationserscheinungen an der Leber) 379.
Hamann, Carl A. (Ligatur der Arteria anonyma) 360.
Hamant, A., et René Thiébaut (Zwerchfellhernien) 218.
Hamill. Philip (Gehirnblutung) 344.
Hamilton, W. D. (Gallensteinerkrankungen) 61.
Hammond, F. A. L. (Milzruptur) 305.
Hanausek, J. (Wirbelsäule) 29.
Hanes, Granville S. (Dickdarm) 299.
Hansemann, D. v. (Strahlenbehandlung) 195.
Hara, K. (Maligne Geschwülste) 332.
Hare, Earle R. (Kniegelenk) 399.
Harms, Heino (Hypophysen ganggeschwülste) 200.
Hart, Carl (Thymus bei Morbus Basedowii) 36.
— — (Osteopsathyrosis idiopathica) 402.
— O. A. (Vaccination und Immunität) 403.
Hartman, Henry, and G. C. Kindley (Wurmfortsatzcyste) 230.
Hartmann, Henri (Gastroenterostomie) 226.
— — (Pylorusstenose) 295.
Harttung, Heinrich (Hypernephrom) 308.
Hartung, Adolph (Magenröntgenologie) 221.
Hartwell, I. A. s. Coleman, Warren 381.
Harvey, Richard W. (Nierenarterien) 306.
Hasenfeld, Arthur (Magenkrebs) 373.
Haslinger, Erich (Tränendrüse) 139.
Haudek (Magengeschwüre) 43.
Hauschild, Bernhard (Magencarcinom) 296.
Hausmann, Theodor (Ileocöcalgegend-Palpation) 313.
Hayem, L. (Kniegelenksverletzungen) 78.
— — (Schenkelbruchradikaloperation) 151.
Haynes, Irving S. (Riesenbauchbrüche) 290.
Hayward, E. s. Mühsam, R. 183.
Heile (Blinddarmanhang) 50.
Heimanowicz, A. J. (Motilitätsstörungen) 396.
Heineke (Nerveneinpflanzung) 3
— H. (Harnblasencystom) 383.
— (Milz) 381.
Heinz, Otto (Wundinfektionen) 267.
Heitz-Boyer, M. (Blasentuberkulose) 309.
Held, I. W. s. Gross, M. H. 152.
Hengstenberg, Werner (Darmlipome) 59.
Herrick, Frederick C. (Anaemia splenica) 63.
— W. P. (Muskel- und Bändererkrankungen) 314.
Hertz, Arthur F. (Gallensteine) 233.
Hertzberg, R. (Radius- und Malleolenfraktur) 75.
Hertzler, Arthur E. (Obstipation) 55.
Hervé (Pneumothorax) 148.
Hesse (Oberkiefercysten) 347.

Hesse, Friedrich Adolf (Prostatatuberkulose) 311.
Heully, L. (Blutgerinnbarkeit) 270.
Heuß, v. (Klebrobinde bei Marschkrankheiten) 397.
Heuyer, G. s. Méry, H. 320.
Hewitt, Walter R. (Elektrische Ströme) 13.
Hildebrand (Eventratio und Hernia diaphragmatica) 364.
Hilgermann (Handerkrankung) 175.
Hill, Roland (Kongenitale Pylorusstenose) 366.
Hiller, Carl (Oberkieferentfernung) 28.
Hiramatsu, Tohëi s. Kure, Ken 150.
Hirsch, J. A. (Basedowsche Krankheit) 95.
Hirschfeld, Hans, und August Weinert (Milz) 380.
— L. s. Dieterle, Th. 282.
Hirtz, E.-J. (Radiographische Lokalisationsmethode) 87.
Hitchens, A. Parker (Vaccinetherapie) 180.
Hodges, J. Edward (Atresia ani) 60.
Höflich, Lajis (Subphrenische Abscesse) 413.
Hoffmann, Adolph, und Martin Kochmann (Lokalanaesthetica 128.
— H. (Kiefergelenksankylose) 278.
— — (Milz) 305.
Hofvendahl, Agda (Pneumothoraxbehandlung) 38.
Hohlbaum, Josef (Funktionelle Magendiagnostik) 372.
Holitsch, Renö s. Engel, Károly 410.
Holmberg, O. I. (Abderhaldensche Reaktion) 119.
Holst, Axel (Streptokokkenstamm) 5.
— P. F. (Peritonealtuberkulose) 150.
Holt, L. Emmett (Duodenalulcus) 100.
Hoogenhuyze, C. I. C. v. s. Verploegh, H. 115.
Hook, Weller van (Varikocleoperationen) 245.
Hooker, Ransom S. s. Satterlee, Henry, S. 258.
Hopf, Karl (Nebennierenknochenmarksgewebe) 63.
Hornabrook, R. W. (Allgemeine Narkose) 128.
Horsley, J. Shelton (Chirurgie der Blutgefäße) 177.
— — — (Bösartige Halsgeschwülste) 351.
Hosemann (Lungenembolie) 285.
Hotz s. Enderlen 160.
Howard, Russell (Mammatumoren) 356.
Hubbard, J. C. (Gallensteine) 423.
Hübener, W. (Narkose) 194.
Hüssy, Alfred (Heliotherapie) 395.
Hughes, Basil (Frakturenbehandlung) 334
Huguier, Alphonse, et Maurice Lorrain (Mammahypertrophie) 96.
Hull, A. J. (Verwundetentransport im Kriege) 336.
— Robt. L. (Schenkelhalsbrüche) 256.
Humes, Charles D. (Gliosarkom des Hirns) 200.
Hunkin, S. J. (Foersters Operation) 30.
Hunt, E. Henderson (Drainage durch Absaugung) 179.
— J. Ramsay (Carotiden) 26.
Huntington, Thomas W. (Tuberkulöse Knochenherde) 389.
Hurwitz, S. H. (Osteitis deformans) 398.
Hutinel (Septicämien) 6.

Jackson, H. s. Lewison, M. 264.
— — (Blastomykosis) 264.
— Ralph W. (Atrophie des Sphincter ani) 302.
Jaeger, Walter (Parastruma) 33.
Jagić, Nikolaus v. s. Frank, Oskar 285.
Jakubowski, A. J. (Gangrän des Meckelschen Divertikels) 369.
Janeway, H. H. (Carcinomradiumbehandlung) 188.
Jankowski, I. I. (Coecumresektion) 418.
Janssen, P. s. Witzel, O. 212.
— — (Harnwegesteinerkrankungen) 166.
Janz (Humeruskopf-Luxationsfraktur) 252.
Jayle (Appendektomie) 417.
Jazuta, K. S. (Nierenlage) 165.
Jeanbrau s. Forgue 86.
Jefferson, Geoffrey (Streptokokkeninfektion) 141.
Jeger, Ernst, und Joseph Leland (Aortenbogen) 149.
Jelenewski, K. F. (Nierencarcinom) 65.
Jenckel (Pankreasnekrose) 380.
Jensen (Sehnentransplantation) 70.
Jessen, F. (Lokalisation von Lungenkavernen und -abscessen) 359.
Jex-Blake, A. J. (Hauptbronchusverlegung) 97.
Jiano, Jean (Naevi pigmentosi pilosi des Gesichts) 88.
Imbert, L., et D. Zwirn (Hernien der Linea alba) 364.
— Léon (Schenkelhalsfrakturen) 76.
Immelmann, M. s. Fürstenau, R. 25.
Job, E. (Typhöse Spondylitis) 30.
Johannsen, Th. (Pantopon-Scopolaminnarkose) 271.
John, J. C. (Fußgangrän) 256.
Johnson, W. (Hypophysisfälle) 345.
Johnston, J. Ambrose (Blasenektopie) 309.
Jones, Robert (Frakturbehandlung) 13.
— — (Kinderlähmung) 140, 205, 349.
Jonnesco, Victor (Nierenchirurgie) 385.
Joseph, Jacques (Rhinoneoplastik) 201.
Jowleff, F. P. (Geschwülste) 117.
Ipsen, Johs. (Fascientransplantation) 321.
Istomin, E. K. (Freie Autoplastik) 196.
Judd, Aspinwall (Tuberkulöse Peritonitis) 218.
Jüngling, Otto (Polyposis recti und Rectumcarcinom) 59.
Jurasz, A. T. (Mobilisierung des Duodenums) 374.
Jurewitsch, W., und N. Rosenberg (Blutdurchwaschung)177.
Jurinac, D. (Oesophagusfremdkörper) 357.

Kadján, A. A. (Streptokokkenerkrankungen) 179.
Kadnikoff, I. A. (Basedowbehandlung) 34.
Kahn, Alfred (Crilesche Transfusionsmethode) 274.
— Morris H. (Multiple Myelome) 190.
Kaisin-Loslever, A. (Frakturen) 333.
— — (Hüftgelenkspfannenverlagerung) 255.
Kalischer, S. (Reflexepilepsie) 198.
Kankelwitz, Gerhard (Osteofibrom des Oberkiefers) 201.
Karakacheff, C. (Anästhesie) 21.
Karbowski, Br. s. Solowiejczyk, A. 91.
Karewski, F. (Tuberkulosebehandlung) 183.
Karplus, J. P. (Gehirnvorgänge) 198.
— — — und Alois Kreidl (Großhirnhemisphären - Totalexstirpationen) 133.

Kaspar, Fritz (Meckelsches Divertikel) 50.
Katzenstein (Spinale Kinderlähmung) 72.
Kausch (Mastdarm) 59.
Kayser (Schußverletzungen) 336.
— Paul (Bauchhöhlentuberkulose) 218.
Kefeli, J. I. (Russisch-japanischer Krieg) 405.
Kehrer, J. K. W. s. Verploegh, H. 115.
Keil, Georg (Narkosentod) 270.
Keim, K. F. (Narkose) 21.
Kemble, Adam (Prostatitis) 107.
Kempner, A. (Basedow und Jodbasedow) 209.
Kennedy, Foster, and Charles A. Elsberg (Nerven der Cauda equina) 281.
— J. W. (Lanes Schleife) 365.
Kepinoff, L. S. (Krebskachexie) 119.
Keppler, Wilhelm (Aktinomykose) 174.
— — und Fritz Erkes (Tuberkulinherdreaktion) 254.
Kerr, H. H. (Diabetische Gangrän) 398.
— J. M. Munro (Gebärmutter und Scheide) 172.
Keyes jr., E. L. (Prostatische Retention) 67.
Keynes, G. L. (Icterus gravis) 160.
Keysser, Fr. (Mäusetumoren) 329.
Kindley, G. C. s. Hartman, Henry 230.
Kirchenberger (Balkankrieg)192.
Kirk, William s. Gordinier, Hermon C. 137.
Kirmisson (Angiome der Glieder) 389.
— (Appendicitis) 230.
— (Tuberkulose) 182.
— E. (Fistula umbilicalis) 253.
— — (Skoliosenbehandlung nach Abbott) 262.
Kirschmann, I. S. (Orbitaverletzungen) 138.
Kleinschmidt, O. (Frei transplantierte Fascia lata) 178.
— — (Netzechinokokkus) 361.
Klemm, Paul (Osteomyelitis)314.
Klinger, R. s. Dieterle, Th. 282.
Klinke, Otto (Morbus Basedowii) 353.
Klopfer (Harnableitung bei Urethraresektion) 424.
Knauer, E. (Maligne Tumoren) 333.
Koch, Herbert, und Walter Schiller (Tuberkulinreaktion)8.
— Jos. (Experimentelle Rachitis) 4.
Kochmann, Martin s. Hoffmann, Adolph 128.
König, Fritz (Krebsbehandlung) 121.
Kolepke (Spontanfrakturen) 175.
Kolmer, John A. s. Schamberg, Jay Frank 274.
Kolominski, S. G. (Metastasen der Schilddrüse) 32.
Koltschin, V. F. (Kriegschirurgie) 127.
Konrád, E. v. (Hypophysenextrakte) 38.
Korentschewski, W. G. (Bösartige Geschwülste) 10.
Korneff, P. G. (Kiefergelenkankylose) 201.
Kornew, P. G. (Appendicostomie) 421.
Kotzenberg (Blasenersatz) 169.
— (Geschwulströntgenbehandlung) 187.
Kovács, Josef (Tuberkulosebehandlung) 83.
Krafft, A. (Perigastritische Verwachsungen) 225.
Kramer, J. G. (Arterienversorgung) 396.
Kreidl, Alois s. Karplus, J. P. 133.
Kreiß, Ph. (Tetanoide Symptome 88.
Krevet, Berthold (Bindehautdeckung) 200.
Krost, R. A., A. M. Stober and M. J. Moes (Blastomykosis) 264.
Krotoszyner, Martin (Nierentuberkulose) 166.
Krym, R. S. (Blutserum Krebskranker) 11.
Kubinyi, Pál (Dickdarmcarcinom) 418.
— Paul v. (Laparotomien) 87.
Kümmel, H. (Nephritis) 237.
— W. (Allgemeininfektionen) 135.
Kümmell, H. (intravenöse Äthernarkose) 338.
— — (Aortenaneurysma) 360.
— — (Operationsgebäude des Eppendorfer Krankenhauses) 81.
— — (Nierenlagersklerose) 166.
— — (Ulcus duodeni) 293.
Küttner (Magenchirurgie) 42.
Kukula, Otokar (Appendicitis) 375.
Kummant, Alexander (Amyotrophie des Schultergürtels) 72.
Kure, Ken, Tohëi Hiramatsu und Hachiro Naito (Zwerchfelltonus) 150.
Kuschtaloff, N. J. (Bösartige Geschwülste) 120.
Laache, S. (Blinddarmentzündung) 417.
Labbé, H., et G. Vitry (Urinacidität) 385.
— Marcel (Chirurgie bei Diabetikern) 260.
Läwen (Appendicitis fibroplastica) 53, 298.
— — (Stillung von Herz- und Leberblutungen) 361.
Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi (Gliom des Balkens) 277.
Lance (Schlattersche Krankheit) 432.
Landry, Lucian H. (Bauchschußwunden) 216.
Landsberger, Alfred (Volvulus im Bruchsack) 49.
Láng, Adolf (Beckenbrüche) 431.
— — (Talusfrakturen) 431.
Lange, Fritz (Lehrbuch der Orthopädie) 1.
Lapeyre, L. (Tibiadiaphysenersatz) 256.
Larionoff, W. E. (Struma) 144.
Lastotschkin, W. s. Grinenko, A. 127.
Latarjet, A., et J. Murard (Dünndarmdivertikel) 48.
Lathrop, Walter (Nabelhernie) 219.
Laubenheimer, K. (Händedesinfektionsmittel) 130.
Laurent, O. (Brustverletzungen) 126.
— — (Kriegschirurgie) 193.
— — (Kriegsschädelverletzungen) 268.
— — (Kriegsschußbrüche) 337.
— — (Schädelverletzungen) 125.
Laurenti, Temistocle (Brustdrüsenepitheliom) 37.
Lautenschläger, E. (Gesichtsmaske) 195.
Lazarus-Barlow, W. S. (Krebsursache und -behandlung) 329.
Lebedeff, P. (Künstlicher Pneumothorax) 148.
Leclerc, Georges (Lungenembolie) 359.
Le Count, E. R. s. Bechtel, R. E. 264.
— — — — s. Riley, F. B. 264.
Le Damany, P. (Hüftgelenksluxation) 432.
Ledoux-Lebard, R. (Hautschutz vor Röntgenstrahlen) 407.
Le Fèvre de Arric, Marcel-V. (Leukocytäre Formel) 265.
Le Fur, René (Blasensteine) 66.
— — — (Tumoren-Radiumbehandlung) 383.
Leggett, W. (Basedowsche Krankheit) 209.
Legnani, T. s. Ascoli, G. 136.

Legueu (Antigonokokken-Vaccinetherapie) 324.
— (Nephrektomie) 105.
— F. (Prostatektomie) 170, 312.
— — et Chéron (Harnröhrenscheidenkrebs) 247.
Lehmann, Adolf (Patellaverletzung) 318.
— P. (Tuberkelbacillen in strömendem Blut) 181.
Lejars, F. (Abdominaltumoren) 216.
— — (Schußverletzung) 337.
Leland, Joseph s. Jeger, Ernst 149.
Leliévre, Henri s. Calvè, Jacques 29.
Lemoine, G. (Anästhesie) 21.
Lenger (Kleinkaliberverletzungen) 125.
Lenormant, Ch. (Herzwundennaht) 413.
— — (Kältegangränen) 108.
— — (Nephropexie) 64.
— — et D. Petit-Dutaillis (Bouillysche Operation) 388.
Léo, G. (Nabelbruch) 151.
Léon-Kindberg, Michel s. Marie, Pierre 197.
Leotta, Nicola (Appendicitis) 417.
Lereboullet, P., et E. Vaucher (Einspritzung von Pepton Witte) 2.
Leschke, Erich (Atemlähmungen) 114.
Lessel, J. Fred (Acapnia) 129.
Lesser, Edmund (Haut- und Geschlechtskrankheiten) 113.
Leuret (Sanduhrmagen) 295.
— E., et Aubert (Künstlicher Pneumothorax) 359.
Lévy-Valensi s. Laignel-Lavastine 277.
Le Wald, Leon Theodore s. Bastedo, Walter A. 290.
Lewi, William G. (Morbus Basedowi) 144.
Lewin, L. (Labyrinthogene Meningitis) 135.
Lewis, Bransford (Nierenkrankheiten) 64.
— Charles F. (Beckenvenenthrombophlebitis) 171.
— E. J. (Knochentransplantationsversuche) 3.
Lewison, M., and H. Jackson (Blastomykosis) 264.
Leyberg, J. (Urogenitalfunktion) 106.
Lichtenberg, A. v. (Prostatektomie) 387.
Liefmann, E. (Pylorospasmus) 154.
Liek, E. (Morbus Basedow) 411.
Lilienthal, Howard (Lungenabscesse) 211.
Linck (Lokalanästhesie) 360.
Lindemann, W. (Bösartige Geschwülste) 10.
Lionti, Girolamo (Appendixhernie) 220.
Löffelmann (Bauchhöhlenerkrankungen) 288.
Loeper, Maurice (Duodenalgeschwüre) 155.
— — et M.-E. Binet (Magencytodiagnostik) 100.
Loewe, Otto (Eingewachsener Nagel) 320.
— — (Phimose) 69.
Löwenstein, A. (Aktinomykose der Hornhaut) 200.
Loewi, O., und O. Weselko (Thyreoidektomie) 352.
Loewy, G. s. Tuffier, Th. 406.
Lohfeldt, P. (Perityphlitis) 374.
Lohnstein, H. (Urethritis) 427.
Lombard, E. (Laryngektomie) 207.
— Pierre s. Curtillet 264.
Looft, Carl (Infantiles Myxödem) 353.
Lorenz, Hans (Patellarluxation) 397.
Lorillou, E. (Appendixdivertikel) 53.
Lorrain, Maurice s. Huguier, Alphonse 96.
Lortkipomidse, K. T. (Lungentuberkulose) 212.
Lossen, W. (Vererbung) 81.
Lotheissen, G. (Carcinombehandlung) 279.
Loumeau, E. (Kontusion der Prostata) 424.
Lovett, Robert W. (Chronische Rückenschmerzen) 203.
Loyez, M. s. Claude, Henri 140.
Lubinski, J. L. (Künstlicher Pneumothorax) 38.
Lucibelli, Giuseppe, e Guglielmo Scala (Schilddrüsenveränderungen) 208.
Lüken, E. A. (Nierenruptur) 236.
— — — (Schädelbasisfraktur) 275.
Lusena, G. (Knochentransplantation) 320.
Luxembourg, H. (Habituelle Patellarluxation) 256.
Luys, Georges (Prostatahypertrophie) 244.
Lynch, Daniel J. (Nierendekapsulation) 307.

McAlexander, R. O. (Nierensteinoperation) 240.
Mac Callum, W. G. (Nebenschilddrüsen) 283.
McClure, Chas. R. (Ileosakralgelenkverletzungen) 348.
McDuffie, M. W. (Tuberkulosebehandlung) 262.
McGrath, Bernard Francis (Anästhesierung) 195.
— — — (Transfusion) 258.
Machefer (Peritonitis) 40.
Machell, Henry T. (Hirschsprungsche Krankheit) 102.
McIlhenny, Paul A. (Plattfüße) 256.
Mackenzie, George W. (Kugel im Sinus frontalis) 27.
McLean, J. H. (Kolon-Membranen) 217.
Macleod, C. s. Rolleston, J. D. 403.
Maclure, Fay (Pyelonephritis) 166.
Magarey, A. Campbell (Echinokokkencyste) 215.
Maggiore, S. (Tracheobronchiale Adenopathie) 355.
Magitot, G. (Epidermisschollen-einpflanzung in die Augenhöhle) 346.
Magnus-Alsleben s. Enderlen 160.
Maier, Max (Otitischer Hirnabsceß) 344.
— Rudolf (Fraktur des Tuberculum maius humeri) 316.
Majewski, Bronislaus (Wundversorgung im Kriege) 338.
Majocchi, Andrea (Unterleibsverwundungen) 150.
Maisel, Albert (Lungentuberkulose) 412.
Maklakow, A. (Telangiektasie des Kleinhirns) 408.
Maliss, Jul. M. (Schambeinosteomyelitis) 397.
Mallory, William J. (Magenhypertonie) 372.
Mann, Arthur T. (Hepatico-Duodenostomie) 160.
— M. (Tracheo-Bronchoskopie) 205.
Manninger, Vilmos (Schmerz) 401.
— — und Milivoj Borwoski (Phrenicuslähmung) 406.
Manoiloff, C. O. (Desodorol Zeta) 23.
Maragliano, Dario (Nerventransplantationen) 30.
— E. (Tuberkuloseimmunisierung) 181.
Marchesi, Clemente (Aufsuchung der Pars opercularis des Gyrus frontalis inferior) 196.
— — (Oesophaguserkrankungen) 210.
Marchetti, Giovanni (Darmokklusion) 158.
Marcozzi, Vincenzo (Varicen und variköse Geschwüre) 319.
Marfan, A.-B. (Peritonealtuberkulose) 150, 364.

Marie et Escande (Psoasmuskelosteome) 255.
— Pierre, et Michel Léon-Kindberg (Cerebrale Hämorrhagie) 197.
Marion, G. (Harnröhrennaht) 105.
— — (Nephropexie) 239.
— — (Nierentuberkulose) 104.
— (Prostatahypertrophie) 428.
Mark, Ernest G. (Nierenfunktionsprüfungen) 164.
Marmoiton (Fieberhafte Erkrankungen) 82.
Marshall, H. W. (Chronische Gelenkerkrankungen) 314.
Marsiglia, Guglielmo (Einfluß der Hypophysenextrakte) 85.
Martin, Walton (Lippentumoren) 202.
Martinez, J. Gonzalez (Filaria-Lymphangitis) 399.
Marx, Hugo, und E. Pfleger (Carotis interna-Verletzung) 351.
Massalongo, R. (Chronische Gelenkerkrankungen) 173.
Masson, P. s. Gosset, A. 101.
Mathieu, Albert (Ulcuspathologie) 223, 224.
Matignon, J.-J. (Pruritus ani) 378.
Matthews, A. A. (Duodenalgeschwür) 45.
Mauclaire (Halsphlegmonen) 205.
— (Humerusfrakturen) 75.
Maugeais (Gastroenterostomie) 45.
Maurice (Morbus Basedowii) 145.
Mayer, Otto (Typhusbacillendauerträger) 61.
— Theodore s. Roth, Max 67.
— Wilhelm (Epilepsie) 134.
Mayet (Paraplegie) 203.
Maylard, A. Ernest (Cholecystotomie) 303.
Mayo, Charles H., and E. H. Beckman (Pleurektomie) 210.
— William J. (Prophylaxe des Carcinoms) 187.
Mazel, Eduard (Mastisolbehandlung) 268.
Meigs, Edward B. (Quergestreifte Muskeln) 178.
Meii, Béla (Nierenfunktion) 424.
Meille, Luigi (Leibkorsett) 131.
Meitner, Lise (Radioaktive Substanzen) 131.
Melchior, Eduard (Duodenalstenose) 229.
Melocchi, F. (Recto-Romanoskop) 25.
Menier, Marius (Tracheotomie) 281.
Mensa, Attilio (Chronische Sehnenscheidenentzündungen) 322.
Mériel, E. (Peritoneum-Ätherwaschung) 217.
Mertens, G. (Pyloroplicatio et Pylorotorsio) 226.
Méry, H., et G. Heuyer (Schienbeinsyphilis) 320.
Mesernitzky, P. G. (Radioelement) 131.
Meudic, A. (Leberechinokokken) 234.
Meyer (Künstlicher Pneumothorax) 212.
— H. (Halswirbelsäulenluxation) 279.
— Johann (Unterschenkelgeschwür) 79.
— N. (Tuberkelbacillennachweis) 7.
— Willy (Beckenhochlagerung) 288.
— — (Wurmfortsatz) 297.
Meyr, Alfred (Uretero-Pyelitis) 238.
Mezö, Béla (Gonorrhoische Achillodynie) 431.
Michailesco, C. D. (Osteomyelitis der Wirbelsäule) 203.
Michailowa, E. M. (Lungenemphysem) 148.
Mickaniewski, M. (Cystennieren) 65.
Miedreich, Fr. s. Strauss, A. 182.
Milani, Eugenio (Lupus-Radiumtherapie) 84.
Milovanović, Milovan (Leiomyome des Oesophagus) 210.
Minet, Jean (Lumbalpunktion) 92.
Mingazzini, G., e R. Alessandri (Projektilentfernung aus der Schädelhöhle) 88.
Mintz, W. M. (Volvulus der Flexur) 419.
— — — (Kehlkopfexstirpation) 32.
Misch, Walter (Hydrocephalus) 133.
Moeller (Lungentuberkulose) 286.
Moes, M. J. s. Krost, R. A. 264.
Molard (Tuberkulöse Bauchfellentzündung) 40.
Moog, O. (Herzbeutelergüsse) 286.
Moore, Harvey Adams (Lithotapaxie) 66.
— S. B. (Bauchfellentzündung) 289.
Morbus Basedow 34.
Moreau, Laurent (Aponeurosen der Achselhöhlen) 315.
Moritz, F. (Künstlicher Pneumothorax) 358.
Mornard, Pierre (Leberechinokokkuscysten) 379.
Morris, Robert T. (Peritoneale Adhäsionen) 363.
— — — (Tuberkulöse Peritonitis) 98.
— — — (Wanderniere) 240.
Morton, Henry H. (Urologische Chirurgie) 63.
Moschcowitz, Alexis V. (Dickdarmbruch) 219.
Mosenthin, Herbert (Cartilaginäre Exostosen) 173.
Mosti, Renato (Larynxverletzungen) 142.
Moteki, K. (Allgemeine Narkose) 20.
Mouchet, Albert (Schnellende Hüfte) 175.
Mourgues, P. de (Dickdarmdivertikel) 59.
Moutot, H. s. Nicolas, J. 196.
Mowat, Harold (Tuberkulöse Drüsen) 410.
Mühsam, R., und E. Hayward (Friedmannsches Tuberkulosemittel) 183.
Müller, Christoph (Operation oder Bestrahlung) 332.
— Georg (Bewegungsapparat) 388.
— Wilhelm (Pathologie der Dünndarmphlegmonen) 372.
Muller, George P. (Netzadhäsionen) 362.
Munger, Carl E. (Angioneurotisches Ödem) 251.
Murard, J. s. Latarjet, A. 45.
Murphy, James B. (Heteroplastische Gewebsverpflanzung) 185.
— — — (Gewebstransplantation) 323.
— John B. (Frakturenbehandlung) 335.
— — — (Kiefergelenkankylose) 367.
Murray, Dwight H. (Pruritus ani) 421.
Mutzschenbacher, Tivadar (Stillung parenchymatöser Blutungen) 321.
Myers, H. J., and A. M. Stober (Blastomykosis) 264.
Myerson, A. (Swift-Ellissche intradurale Paralyse-Behandlungsmethode) 26.

Nagoya, C. (Hypophysentumor) 137.
Nahan, L. s. Belot, S. 325.
Naito, Hachiro s. Kure, Ken 150.
Neck, M. van (Ellbogenfrakturen) 174.
— — — (Angeborener Metatarsus varus) 320.
Negrete (Nephrolithiasis) 383.
Nemenoff, M. I. (Magencarcinom) 157.
— M. S. (Geschwulstbehandlung) 190.
Nemiloff, A. A. (Pankreastransplantation) 62.

Neuber, C. E. (Prostatacarcinome) 69.
— Ernö (Schilddrüsenabceß) 410.
Neuhof, Harold (Plexusanästhesie) 128.
Neumayer, Victor L. (Operationszimmerbeleuchtung) 341.
Neve, A. (Laparotomien) 150.
Newmark, L. (Hinterhauptverletzungen) 27.
Nicolas, J., et J. Gaté (Wassermannsche Reaktion) 184.
— — H. Moutot et J. Gaté (Schädelsyphilis) 196.
Nicolaysen, Johan (Magengeschwür) 292.
Nicolson, William Perrin (Catgut als Hautnaht) 339.
Nikiforoff, M. N. (Bösartige Geschwülste) 11.
Nikolski, A. M. (Tracheaaffektion) 32.
Nogier, Th., et Jean Reynard (Nierentumor) 65.
Noguès, Paul („Führungs"-Instrumente) 275.
Nonne, M. (Pupillenstörungen) 408.
— — und Fr. Wohlwill (Pupillenstarre) 26.
Norsworthy, O. L. (Kolonanatomie) 231.
Novaro, Nicola (Hernienradikaloperation) 151.
Nové-Josserand, L. s. Chalier, J. 149.

Obál, Ferenz (Blasenstichwunden) 425.
— — (Uterusschußverletzungen) 388.
Obata, K. (Gelenktransplantation) 314.
Oeconomakis, Milt. (Traumatische Lähmungen) 18.
Oeconomos, Spyridion N. (Alkoholverband) 407.
Oehlecker, F. (Tabische Gelenkerkrankungen) 72, 430.
— — (Knochenersatz) 396.
— — (Nierenanomalie) 166.
Oehler, Johannes (Gallenwegeabnormitäten) 302.
Oelsnitz, de (Heliotherapie) 391.
Ogloblin, A. (Blasenfremdkörper) 168.
Ohly, A. s. Schmidt, Ad. 229.
Oliari, Aceste (Thymusdrüse) 145.
Oliva, C., e G. Paganelli (Pylorusausschaltung) 414.
Oliver, James (Zwerchfellhydatide) 215.
Ónodi, A. (Komplikationen nasalen Ursprunges) 134.
Opitz (Wurmfortsatzentzündung) 51.
Oppenheim, E. A. (Tuberkulosebehandlung) 326.
Oppikofer, E. (Kehlkopfeingangsverstopfung) 282.
Oraison, J. (Blasengeschwülste) 311.
Oretschkin, B. B. (Orbitalgumma) 138.
Oser (Osteomyelitis) 108.
Osgood, R. B. (Knieflexionscontractur) 176.
Oswald, Adolf (Endemischer Kretinismus) 208.
Otto (Kriegschirurgie) 15.

Packard, George B. (Malum Potti-Behandlung) 348.
Paganelli, G. s. Oliva, C. 414.
Pagenstecher, Alexander (Lupusröntgenbehandlung) 8.
Paillard, H. (Magengeschwür) 152.
Pankhurst, C. T. (Bakterielle Vaccine) 115.
Pankow, O. s. Witzel, O. 212.
Pannett, Charles A. (Dünndarmverschluß) 50.
Pappenheimer, Alwin M. (Thymusforschung) 145.
Pascal, A. (Tuberkulosebehandlung) 263.
Paschkis, Rudolf (Prostatektomie) 68.
Pascual, S. s. González, L. 166.
Pasteur Vallery-Radot s. Widal, F. 237.
Paterson, Herbert J. (Intestinalstase) 101.
Pauchet, Victor (Desinfektion) 274.
— — (Eingeklemmter Leistenbruch) 99.
— — (Magendauerdrainage) 371.
— — (Mastdarmkrebs) 418.
Paulsen (Mammacarcinom) 209.
Payr (Magendarmpathologie) 47.
— (Ulcus callosum ventriculi) 414.
— E. (Gelenkmobilisierung) 247.
Peckham, Frank E. (Frakturenbehandlung) 192.
Peiser, Alfred (Freundsche Thoraxoperation) 211.
Pélissé, F. s. Arcelin 195.
Pellegrini, Rinaldo (Zirbeldrüse) 90.
Peltesohn, Siegfried (Humerusverletzungen) 252.
Pendl, Fritz (Urachuscyste) 216.
Pepler, W. H. (Intussusception) 49.
Percy, J. F. (Inoperable Carcinome) 188.
Perrero, Emilio (Nierenmischgeschwülste) 65.
Perrier, Ch. (Prostatahypertrophie) 68.
— M. (Harnleiterstein) 167.
Perthes (Magenresektion) 43.
— Georg (Magengeschwür) 366.
Pesci, Giacomo (Halswirbelsäulenradiographie) 279.
Péterfi, Tiberius (Harnblasenmuskulatur) 240.
Peters, W. (Zwerchfellbrüche) 413.
Petit-Dutaillis, D. s. Lenormant, Ch. 388.
Petridis, Aristide (Carcinombehandlung) 331.
Petrow, N. (Kropfoperationen) 144.
Peugniez, P. (Ambardsche Konstante) 306.
Pfeifer, B. (Funktion des Thalamus opticus) 342.
Pfeiffer, Damon B. s. Deaver, John B. 380.
— Hermann (Peptolytische Fermente) 266.
Pfleger, E. s. Marx, Hugo 351.
Pieri, Gino (Herzklappenfehler) 287.
Pillet, M. (Nierentuberkulose) 166.
Pirondini, E. (Polyurie) 385.
Pirrung, J. Edw. (Hedonalnarkose) 128.
Pisano, Giuseppe (Lebersarkome) 304.
Pisenti, Gustavo (Unfallshernie) 219.
Pleteneff, W. F. (Hernien) 151.
Pletnew, D. D. (Basedowsyndrom) 353.
Plicque, A.-F. (Chloroformnarkose) 194.
Poddighe, Antonio (Serodiagnostik) 6.
Pohl, W. (Fascientuberkulose) 430.
Pohrt (Schenkelhalsfrakturen) 317.
Pokrowski, A. I. (Carcinom der Meibomschen Drüsen) 139.
Pólya, Jenö (Mastdarmstrikturen) 420.
— — (Parotitis) 409.
Ponomaréff, S. J. (Dickdarmileus) 420.
Ponzi, Guido (Lungentuberkulose) 149.
Porosz, Moritz (Prostata) 170.
Porritt, Norman (Postoperative Darmstase) 158.
Posin, D. (Darmverschluß) 98.
Pousson, A. (Traumatische Nephritiden) 307.
Powers, Charles A. (Blastomykose) 116.
Prazeres, Carlos s. Alvares 333.

Pribram (Peritoneale Adhäsionen) 39.
Price, jr., John W. (Kanülenzange für Blutgefäßanastomosen) 340.
Privat-Garilhe (Radiokinematographie des Vorderarms) 75.
Pron, L. (Pyloruspseudostenose) 416.
Proust, Robert (Herznaht) 287.
Pujol s. Rispal 200.
Pussep, L. M. (Cyste der Glandula pinealis) 89.
— — (Hirntumoren) 198.
Putti (Ankylosen) 111.

Quénu, E. (Mammasporotrichose) 96.

Rabinowitsch, Lydia (Friedmannsches Mittel) 84.
Radulesco, A. D. (Gastroenterostomie) 157.
Rafin et Arcelin (Nierenbeweglichkeit) 240.
Rahe, Jessie Moore, John Rogers, G. G. Fawcett and S. P. Beebe (Glandula thyreoidea) 142.
Rau, Erich (Gefäßversorgung der Sehnen) 178.
Razzaboni, Giovanni (Nierendrehung) 165.
Rechmann, Ludwig (Kniegelenksluxation) 398.
Reed, Horace (Nierenfunktion) 164.
Reich-Brutzkus, Betta (Grossichsche Jodtinkturdesinfektion) 22.
Reizenstein, A. (Flexura sigmoidea) 159.
Réthi, Aurél (Nähteknüpfung im Rachen) 409.
Revillet, L. (Heliotherapie) 362.
Reynard, Jean s. Nogier, Th. 65.
Rhodes, Goodrich B. (Magendilatation) 292.
Richter, Hugo (Radicotomie nach Foerster) 409.
Riemann, G. (Addisonsche Krankheit) 63.
Rihmer, Béla (Prostatektomien) 428.
Riley, F. B., and E. R. Le Count (Blastomykosis) 264.
Rimann, H. (Cystenbildung) 361.
Rinaldi, R. (Ductus thoracicus) 146.
Ringel (Anton v. Bramannscher Balkenstich) 344.
Rischbieth, Harold (Hüftgelenksverrenkung) 255.
Rispal et Pujol (Lumbalpunktion) 200.
Ritter, Carl (Thymusdrüse als Atemhindernis) 36.
Robarts, H. H. s. Fraser, John 70.
Roberts, J. E. H. (Calvés Pseudocoxitis) 399.
— Percy Willard (Osteoarthritis) 109.
Robertson, Ira W. (Frakturenbehandlung) 191.
Robin (Kniegelenksmißbildungen) 78.
Robinson, H. Betham (Steine im Ductus choledochus) 233.
Rocher, H.-L. (Hodenektopie) 245.
— — (Thorax-Aktinomykose) 37.
Rochet (Oberschenkelfraktur) 78.
Rodelius, E., und O. Schumm (Hämatoporphyrinogenausscheidung im Harn) 239.
Roedelius, E. (Magenerkrankungen) 414.
Roederer, s. Savariaud 432.
— Carle (Händemißbildung) 75.
— — (Klumpfußmassage) 320.
Röpke (Pylorusausschaltung) 156.
Rössle, R. (Hypophyse) 90.
Rogers, John s. Rahe, Jessie Moore 142.
Rolando, Silvio (Blasenpapillome) 67.
Rolleston, J. D., and T. Macleod (Diphtheriebehandlung) 403.
Rollet (Orbitalcarcinome) 201.
Rominger, Erich (Phimose) 386.
Rosánoff, W. N. (Coecum mobile) 419.
Rose, F. J. (Hypophysenpathologie) 28.
Rosen, L. A. (Fasciensehnenplastik) 338.
Rosenberg, Erich (Tuberkelbacillen im strömenden Blut) 7.
— N. s. Jurewitsch, W. 177.
Rosenstein, M. M. (Gastroenterostomietechnik) 367.
— Paul (Argatoxyl) 7.
— — (Septische Erkrankungen) 180.
Rosenthal, Georges (Sternumresektion) 284.
Rosica, Giuseppe (Appendicitis traumatica) 297.
Roth, Joh. (Knochenatrophie) 191.
— Max, and Theodore Mayer (Urethroskopie) 67.
Rothschild, M. A., and William Thalhimer (Arthritis) 389.
Rous, Peyton (Hühnersarkom) 332.
Routier, A. (Milzruptur) 103.
Roux, J.-Ch. s. Duval, Pierre 56, 372.
Rubin, I. C. (Uteruscarcinom) 313.
Ruge, Ernst (Verzweifelte Obstipationsfälle) 158.
Rumpel, Oskar (Nierenresektionen) 240.
Rumpf, Th. (Arteriosklerose) 267.
Russell, B. R. G. (Lymphogranulomatose) 184.
Russo, Canio (Äthylhydrocuprein) 83.
Ryan, Charles (Membranöse Perikolitis) 217.

Saalmann (Mesenteriumruptur) 296.
Saar, v. (Magendarmkanal) 45.
— G. Frh. v. (Extremitätenfrakturen) 193.
— — — — (Schußfrakturen) 19.
Sachs, Otto (Ellbogenfrakturen) 396.
Sagredo, Nicolas (Wurmfortsatzentzündung) 230.
Saint-Girons s. Carnot, Paul 235.
— -Pierre, J.-A. (Prostata) 67.
Salinari, Salvatore (Kriegschirurgie) 14.
Salomonsen, Knud (Kehlkopfknorpelgeschwülste) 142.
Samurawkin, K. I. (Nierentuberkulose) 167.
Sandfort, Barthe de (Thermotherapie) 23.
Sanford, A. H., and I. M. Blackford (Serum Basedowkranker) 34.
Sanitätsdienst 269.
Santi, Emilio (Puerperalinfektionen) 246.
Santy, P. (Ätherwaschung des Peritoneums) 39.
Sarbó, Arthur v. (Hydrocephalus internus acquisitus) 343.
Sargnon (Kehlkopfexstirpation) 94.
— et J. Toubert (Kehlkopfstenose) 93.
Satterlee, Henry S., and Ransom S. Hooker (Bluttransfusion) 258.
Savariaud (Littlesche Krankheit) 281.
— et Roederer (Kniegelenkstuberkulose) 432.
Savesco, V. s. Georgesco, Gr. 171.
Sboromirski, G. P. (Desodorol) 23.
Scala, Guglielmo s. Lucibelli, Giuseppe 208.
Scandola, Cesare (Wanderniere) 165.
Schaechtl, Gregor (Osteomyelitis sterni) 209.
Schall, M. (Aseptisch-steriles Verbandmaterial) 130.
— — (Urethroskop) 131.

Schamberg, Jay Frank, and John A. Kolmer (Calomel) 274.
Scheidl, Hans (Aseptik) 268.
Scheuermann, H. (Skoliosenbehandlung) 348.
Schiller, Max (Magensarkom) 101.
— Walter s. Koch, Herbert 8.
Schilling, H. (Leukämie) 381.
Schindler, Carl (Salvarsantod) 184.
Schiötz, Carl (Strumafrage) 143.
Schlesinger, Emmo (Ulcus duodeni) 155.
Schloessmann (Handanheilung) 394.
Schloffer, H. (Rezidivhernien) 40.
Schmidt, Ad., und A. Ohly (Duodenumerweiterung) 229.
— Erwin (Portiocarcinom) 387.
— K. (Thrombophlebitis des Sinus der Dura) 135.
— Wladimir (Kniecontracturen) 318.
Schmiedeck, Friedrich (Hygroma colli congenitum cystoides) 92.
Schmitz-Pfeiffer, H. (Alexander-Adamssche Operation) 246.
Schömann (Frakturenbehandlung) 191.
Schönfeld, W. (Lupusbehandlung) 262.
Scholz (Narkotisieren) 271.
Schoonheid, P. H. (Hautneurofibrome) 328.
Schottmüller, H. (Pylephlebitis) 378.
Schrijver, J. (Ulcus duodeni) 415.
Schröder, P. (Großhirnveränderungen) 26.
Schütze, J. s. Fürstenau, R. 25.
Schulz, E. (Künstlicher Pneumothorax) 148.
— J. (Gallensteinchirurgie) 303.
Schumacher, J. (Desinfektion) 194.
Schumkowa-Trubina, K. G. (Abderhaldensche Reaktion des Carcinoms) 331.
Schumm, O. s. Rodelius, E. 239.
Schwartz, Anselmé (Kolonkrebs) 103.
— — (Pylorusstenosen) 154.
— — et Pierre Cruet (Rectumexstirpation) 58.
Schwarz, Karl (Peptisches Jejunalgeschwür) 225.
Schwers, Henri (Frakturbehandlung) 333.
— — (Oesophagusresektion) 38.
— — (Streptokokkenperitonitis) 364.
— — und Albrecht Wagner (Nierensarkom) 386.
Segagni, Siro (Pneumokokkenperitonitis) 150.
Sellenings, Albert E. (Splenektomie) 381.
Semerád, Em. (Skoliose) 202.
Serck, A. (Appendicitis) 101.
Serra, A. (Muskelangiome) 79.
Setti, Giovanni (Bauchfelltuberkulose) 98.
Settmacher, Otto (Handdorsalluxation) 316.
Sever, James Warren (Skoliosenklinik in Boston) 349.
Shaffner, Philip Frank (Blastomykosis) 265.
Shands, A. R. (Ligamentum patellae-Ersatz) 176.
Sharpe, William (Hirnabsceß) 135.
Sherren, James (Appendicitis) 53.
— — (Verdauungsstörungen) 154.
Shinya, S. (Muskeltransplantation) 321.
Shurawljeff, A. M. (Orbitafremdkörper) 138.
Siauve, G. s. Duhot, E. 378.
Sievers (Arthritis acromialis) 73.
Silvestrini, Luigi (Riesenwuchs) 76.
Simmonds, M. (Hypophysis) 136.
Simon, Paul, et Louis Caussade (Gestaltsveränderungen des Magens) 373.
— W. V. (Kropf) 143.
Simpson, Thomas Young (Blasenektopie) 66.
Singer, Gustav (Rheumatismusfrage) 110.
Sinibaldi, Emanuele (Kniescheibensubluxation) 176.
Sippy, Bertram W. (Speiseröhrenverengerung) 146.
Sledge, E. S. (Chronische Obstipation) 231.
Smit, L. (Volvulus) 367.
Smith, F. H. s. Willis, A. Murat 61.
— Fred J. (Kotstauung) 231.
— Harmon (Stimmbänderplastik) 31.
— Oliver C. (Hodensarkom) 69.
— — — (Magenwandfremdkörper) 291.
Smithies, Frank (Pylorusspasmus) 41.
Smyth, John (Circulus vitiosus) 156.
Sobernheim, Wilhelm (Kehlkopftuberkulose) 206.
Söderbergh, Gotthard (Innervation der Bauchmuskeln) 363.
Solowiejczyk, A., und Br. Karbowski (Stirnhöhleneiterungen) 91.
Sonne, Carl (Morbus Basedowii) 411.
Sorel, E. (Pleuralufteinblasung) 284.
Sorrel, E. (Darmträgheit) 299.
Soubeyran (Exarticulatio interscapulo-thoracica) 173.
Souligoux (Peritonitis) 218.
— Ch. (Milzhämatom) 103.
Spéder, E., et E. Dubourg (Tracheo - Bronchialdrüsenerkrankung) 283.
Spisharny, I. K. (Dickdarmtumoren) 421.
— — — (Operative Krebsbehandlung) 187.
Sporotrichose des Muskels) 185.
Sprengel (Granulierende Wundflächen) 24.
Squier, J. Bentley (Samenblasenoperationen) 386.
— — — (Sanduhrblase) 241.
Ssawkoff, N. M. (Gastroenterostomie) 369.
Ssemjonowski, A. P. (Bronchusfremdkörper) 359.
Sskljaroff, I. P. (Cholecystogastrostomie) 378.
Ssokolowa, M. W. (Kochsalzinfusion) 113.
Ssolowóff, P. D. (Dickdarmchirurgie) 421.
Ssytschewa, L. M. (Hirschsprungsche Krankheit) 231.
Stammler (Blasentumoren) 168.
— A. (Krebsstudien) 331.
Stark, Sigmar (Harnröhrenexcision) 169.
Starkenstein, E. (Magnesiumnarkose I.) 20.
Steffens, Paul (Strahlentherapie) 195.
Steimker, W. v. (Hernien) 41.
Stein, Irving F. (Eventeratio diaphragmatica) 98.
Steiner, Michael (Lipomatosis perimuscularis) 81.
Steinmann, F. (Abscessebehandlung) 24.
— — (Thoraxchirurgie) 283.
Stere, Aristide (Thierschsche Lappenfixation) 130.
Stern, Artur (Thalamus opticus-Schußverletzung) 134.
— Heinrich (Blutentziehung) 1.
Stertz, Georg (Aphasie) 197.
Stettiner, Hugo (Empyembehandlung) 358.
Stevens, P. A. (Starrkrampf) 262.
— William E. (Nierenfunktionsprüfungen) 306.
Stierlin, Eduard (Ostitis fibrosa) 431.
Stiner, Otto (Pyelocystitis) 425.
Stober, A. M. s. Boughton, T. H. 264.
— — — s. Churchill, T. 264.
— — — s. Krost, R. A. 264.

Stober, A. M. s. Myers, H. J. 264.
— — — (Blastomykosis) 264.
Stockis (Coxa vara) 399.
Strachauer, A. C. (Brachialplexusanästhesie) 430.
Strandberg, Ove (Reyns Elektrolyse) 31.
— — (Tuberkulose und Syphilis der Schleimhäute) 31.
Straßberg, Max (Prostatasekret) 243.
Strauss, A., und Fr. Miedreich (Hauttuberkulose) 182.
Stringer, G. H. (Hirngeschwulst) 277.
Strouse, Solomon, and Albert H. Beifeld (Renale Diabetes) 103.
Stucky, J. A. (Kehlkopfpapillome) 94.
Studsinski, I. B. (Giftige Bluteigenschaften) 1.
Sturgis, Milton G. (Morbus Banti) 235.
Suárez, Martinez (Hämorrhoidenbehandlung) 378.
Subclaviculartumor 251.
Suchanek, Erwin (Schußverletzungen) 17.
Sudek, Paul (Morbus Basedowii) 354.
Sykoff, W. M. (Geschwülste) 116.
Syms, Parker (Chirurgische Klinik im Libanon-Spital) 162.
Szubinski (Mittelfußknochenbrüche) 80.

Taege, Karl (Sterile Kochsalzlösungen) 259.
Tappeiner, Fr. H. v. (Ulcus duodeni) 225.
Tarozzi, Giulio (Neue Krankheit „Monosporosis") 328.
Tate, M. A. (Splenektomie) 423
Technau (Bronchitiden und Pneumonien) 114.
Tecqmenne, Ch. (Bauchschußwunden) 269.
Tedeschi, Carlo (Brustmuskeldefekte) 356.
Terra-Abrami, Giuseppe (Aneurysma cirsoides) 70.
Terrien (Exophthalmus) 144.
Thalhimer, William s. Rothschild, M. A. 389.
Theilhaber, A. (Carcinome) 186.
Théodoroff, B. (Speiseröhrenplastik) 357.
Thibert (Motaissche Operation) 346.
Thiébauld, P. (Hohlhandbogenaneurysmen) 316.
Thiébaut, René s. Hamant, A. 218.
Thilenius (Injektionskanüle) 274.
Thiriar, Lucien (Dünndarmruptur) 157.
Thoenes (Uterusruptur) 246.
Thomas, Henry Bascom (Knochentransplantation) 13.
— J. Lynn (Magengeschwüre) 292.
— — — (Prostatektomie) 170.
Thompson, James E. (Tropischer Leberabsceß) 232.
— Ralph (Hodenretention) 171.
Thomson, Sir St. Clair (Carcinom des Larynxinnern) 282.
Tichonowitsch, A. W. (Anusatresie) 377.
Tichý, Hans (Wandernierenoperation) 307.
Tièche, Max (Nackenkeloid) 118.
Tiedemann, A. (Mundschleimhauttuberkulose) 139.
Tiegel (Absceßbehandlung) 24.
Tienhoven, A. van (Mastisol-Öttingen) 23.
Tietze (Arthrogene Contractur) 71.
— Alexander (Spondylitische Lähmungen) 350.
Tinker, Martin B. (Schilddrüsensekretion) 32.
Tintner, Friedrich (Wundinfektion) 267.
Tisserand, G. (Nierendekapsulation) 238.
Tizzoni, Guido (Tetanusprophylaxe) 262.
Tokarski, Josef (Selbstbeschädigungen) 255.
Tonietti, Pietro (Kehlkopfsensibilitätsstörungen) 281.
Toubert, J. s. Sargnon 93.
Traugott, M. (Venenstauung) 2.
— Marcel (Laparotomien) 86.
Trautmann, Gottfried (Extrakapsuläre Tonsillentotalexstirpation) 92.
Trendelenburg, Wilhelm (Reizlose Ausschaltung am Gehirn) 196.
— — (Hirnphysiologie) 131.
Trenkler, Rudolf (Penisspaltung) 69.
Trepanation nach Kopfschuß 345.
Treplin (Phytotrichobezoar) 374.
Trèves, André s. Broca, Aug. 30.
— — (Heliotherapie) 388.
Treves-Keith (Chirurgische Anatomie) 257.
Tribe, Enid M. (Vasomotoren in den Lungen) 285.
Trinci, Ugo (Zerreißung des M. vastus internus) 175.
Troell, Abraham (Gelenkkapselchondrome) 112.
Truslow, Walter (Wirbelsäulentuberkulose) 409.
Tschaika, A. A. (Nephrotomie) 167.
Tscherepnin, K. N. (Inguinalhernie) 221.
Tschilin-Karian, Akop (Hautveränderungen nach Tuberkulinsalbeneinreibungen) 327.
Tschitschkin, A. W. (Carcinom) 118.
Tuffier (Pylorusstenose) 366.
— Th., et G. Loewy (Insufflationsnarkose) 406.
Turnbull, Arthur (Hirncyste) 198.
Turner, G. Grey (Ellbogengelenkankylose) 174.
— — I. (Fettembolie) 2.
Turquéty s. Carnot, Paul 235.
Turutiner, M. (Gonorrhöe) 428.

Uffenorde, W. (Mastoidoperationen) 277.
Uffreduzzi, O. (Hodenregeneration) 244.

Valzah Hayes, van William (Darmstasis) 102.
Vannier, I. B. (Alkoholdesinfektion) 22.
Vaucher, E. s. Lereboullet, P. 2
Veau, Victor (Leistenbruch) 290
Veil, W. H. (Cystennieren) 104
Verdozzi, C. (Pankreasfettnekrose) 235.
Verploegh, H., J. K. W. Kehrer und C. J. C. v. Hoogenhuyze (Lymphogranulomatosis) 115.
Verteuil, F. L. de (Radiumwirkung) 9.
Vesprenii, O. (Darmverschluß) 416.
Viannay, Charles (Fibulatransplantation) 396.
Vigliani, Rodolfo (Magengeschwür) 41.
Viko, E. (Urethro-Rectalfistel) 60.
Vinay (Cystitidenbehandlung) 383.
Vitry, G. s. Labbé, H. 385.
— Georges (Permanganatreaktion) 310.
Vogt, E. (Koagulen [Kocher-Fonio]) 324.
Volk, Richard s. Grosz, Siegfried 328.
Voorsanger, William C. (Pneumothoraxbehandlung) 38.
Vragassy, Lipót (Epispadie) 425.
Vreese, C. de (Genitalprolaps) 108.
Vulliet, H. (Radiusbrüche) 253.
Vulpius, Oscar (Extremitätenlähmung) 395.
— — (Knochenplastik nach Laminektomie) 348.
— — (Operative Orthopädie) 321.

Waegner, K. (Steinmannsche Nagelextension) 77.
— Karl (Femurdiaphysenfrakturen) 76.
Wagner, Albrecht s. Schwers, Henri 386.
— Arthur (Sanduhrmagen) 295.
— K. E. (V. cava sup.) 37.
Wahl, H. R. (Neuroblastome) 205.
Waldschmidt, Max (Prostatektomie) 170.
Walker, Charles H. (Geschwulstbehandlung) 189.
— J. W. Thomson (Harnapparat) 236.
— W. O. (Psoasabsceß) 254.
Walter-Sallis, Jean (Appendicitis) 52.
— — (Pankreastuberkulose) 305.
Walton, Albert J. (Morbus Basedowii) 34.
— P. (Darmverschluß) 50.
Walzel (Ellenbogenluxationen) 111.
Wandyscheff, W. N. s. Wargassowa, W. G. 118.
Wanietschek (Unterschenkelfraktur) 400.
Warburg, Otto (Sauerstoffatmung) 270.
Wargassowa, W. G., und W. N. Wandyscheff (Bösartige Geschwülste) 118.
Warthin, Alfred Scott (Heredität bei Carcinom) 84.
Wassiljeff (Geschwulstgewebe) 117.
Wathen, Jno. R. (Kropf) 208.
Watkins, James T. (Frakturenbehandlung) 192.
Watson, B. P. (Harnröhrentumoren) 386.
— C. Gordon (Arteria femoralis-Embolie) 256.
Weber, F. (Vagusverletzungen) 350.
Weichselbaum, A. (Geschwülste) 265.
Weil, S. (Mesenterialvenenthrombose) 39.
Weill, André s. Widal, F. 237.
Weinert, A. s. Graff 379.
— August s. Hirschfeld, Hans 380.
Weispfennig (Epilepsie) 276.
Weiß, H. (Ulcus rodens) 342.
Weißenstein, Gustav (Feldtrage) 193.
Welborn, James Y. (Kropf) 353.
Welsch, H. (W-förmige Hernie) 99.
Welter, A. (Dickdarmgeschwülste) 302.
Wenglowski, R. (Maligne Knochengeschwülste) 251.
Wepfer, A. (Tubargravidität) 387.
Werelius, Axel (Traumatische Blasenloslösung) 243.
Werjoffkin, M. D. (Luxatio anterior des Kniegelenkes) 176.
Werner, Friedrich (Gumma der Orbita) 346.
Weselko, O. s. Loewi, O. 352.
Weymeersch, A. (Schwangerschaftspyelonephritis) 104.
Whitaker, Sidney (Rheumatische Arthritis) 392.
Whitall, J. Dawson (Frakturenbehandlung) 191.
Wichmann, P. (Hautkrebs-Röntgenbehandlung) 328.
— Paul (Friedmannsches Mittel) 84.
Wick (Gundu in Neu-Guinea) 346.
Wickenden, Stanley (Gallensteinileus) 229.
Widal, F., André Weill et Pasteur Vallery-Radot (Nephritiden) 237.
Wideröe, Sofus (Appendicitis) 157.
Wiebrecht (Postoperative Tetanie) 208.
Wiener (Pseudomembranöse Pyelitis) 238.
Wier, F. A. (Subcutane Spritze contra Messer) 340.
Wieting (Nekrose- und Gangränformen) 392.
— -Pascha (Bauchschußverletzungen) 269.
Wildbolz, H. (Nebenhodenlipome) 245.
— Hans (Prostatahypertrophie) 243.
Wilder, W. H. (Frakturenbehandlung) 335.
Willis, A. Murat, and F. H. Smith (Gallensteinfall) 61.
Wilms (Lungentuberkulose) 285.
Winkler, Albrecht (Vulvacarcinom) 172.
Wishard, William N. (Prostatektomie) 311.
Witzel, O., O. Pankow und P. Janssen (Bauchchirurgie) 212.
Wohlwill, Fr. s. Nonne, M. 26.
Wojatschek, W. (Gehirnabscesse) 198.
— — I. (Atmungswege) 142.
Wolf, Wilhelm (Blinddarmoperation) 376.
Wolfsohn, Georg (Chirurgische Tuberkulosen) 71.
Wolkoff, K. W. (Kotfisteln) 377.
Wolkowitsch, N. M. (Appendicitis) 54.
Wwedenski, K. K. (Tuberkulosebehandlung) 403.
Wybauw, R. (Arterielle Zirkulation) 177.

Yagüe, Louis R. (Lebercirrhosis) 379.
Yates, J. L. (Hodgkinsche Krankheit) 327.
Yoosuf, A. K. (Kriegschirurgie) 193.
Yorke, Courtenay (Kehlkopfanästhesierung) 206.
Young, Hugh H. (Prostataerkrankungen) 428.
— James K. (Klumpfuß) 80.
— — — (Oberarmluxation) 74.

Zahradnicky (Appendicitisoperationen) 376.
Zalla, M. (Nerventransplantation) 323.
Zapelloni, L. C. (Homoioplastischer Duraersatz) 342.
Zbyszewski, L. s. Bikeles, G. 89.
Zesas, Denis G. (Varicenbildung) 319.
Zilz, Juljan (Pneumokokkenostitis des Oberkiefers) 347.
Zimmermann, A. (Wundbehandlung) 23.
— E. (Künstlicher Pneumothorax) 38.
Zitronblatt, A. J. (Abderhaldensche Reaktion) 119.
Zobel, Alfred J. (Operation innerer Hämorrhoidalknoten) 232.
Zoege von Manteuffel, W. G. (Dickdarmchirurgie) 419.
Zoeppritz, B. (Nephrektomie) 308.
Zuccardi-Merli, Ferruccio (Trachealimplantation) 281.
Zumhasch, A. (Stirnhöhlenosteome) 346.
Zwirn, D. s. Imbert, L. 364.

Sachregister.

Abbottsche Behandlungsmethode zur Heilung von schneliverlaufender Paraplegie bei Pottschem Buckel (Mayet) 203.
— Skoliosenbehandlung, zwei Fälle von tödlichem Tetanus bei, durch Filzeinlage (Kirmisson) 262.
Abderhaldensches Dialysierverfahren (Holmberg) 119.
— — bei Carcinom (Dawydoff) 119.
— —, Serodiagnostik des Carcinoms mittels des (Blackstein) 185.
— —, Technik des (Zitronblatt) 119.
— Reaktion des Carcinoms (Schumkowa-Trubina) 331.
Abdominale und Beckenchirurgie, Drainage in der (Bonifield) 288.
— Geschwülste, zentrale, Abart von (Lejars) 216.
Abscesse, Behandlung, mit Spreizfedern (Tiegel) 24.
—, Behandlung stinkender, mit kontinuierlichem Sauerstoffstrom (Steinmann) 24.
— des Hirns siehe unter Hirnabsceß.
—, multiple Hirn-, otogenen Ursprungs (Geschelin) 135.
—, künstlicher, zur Behandlung fieberhafter Erkrankungen (Marmoiton) 82.
—, metastatische, renale und perirenale (Friedheim) 309.
—, perityphlitischer, angeborene Anomalie von Niere und Ureter unter dem klinischen Bilde eines (Oehlecker) 166.
— und Phlegmone am Hals (Mauclaire) 205.
—, subphrenische (Höflich) 413.
Acapnia, Klinische Studie über (Lessel) 129.
Achillodynie, gonorrhoische (Mezö) 431.
Achselhöhlen-Aponeurosen in Beziehungen zu Lymphdrüseneiterungen dieser Region, anatomisch-chirurgische Untersuchungen über (Moreau) 315.
— und Beckentemperatur; Fieber und rectale Hyperthermie (Engländer) 257.
Addisonsche Krankheit nach Trauma (Riemann) 63.
Adenom, eosinophiles, bei Akromegalie (Nagoya), 137.
— des Nabels (Guibé) 363.
Adenopathie, tracheo-bronchiale, thorakaler Kollateralkreislauf in der Diagnose der (Maggiore) 355.
Adhäsionen des Netzes (Müller) 362.
—, peritoneale, toxischer Natur (Morris) 363.
Adrenalin und suprarenales Syndrom (Frias) 324.
Aerophagie, bedrohliche Symptome infolge (Caussade) 366.
Äther-Anwendung bei allgemeiner Peritonitis (Souligoux) 218.
—Waschung des Peritoneums (Santy) 39, (Mériel) 217.
Äthylhydrocuprein, bakterizide Wirkung des, und anderer Chininderivate (Russo) 83.
After s. a. Anus.
—, widernatürlicher, und Kotfistel (Glatzel) 37.
Aknophon, Zur Diagnose von Krankheiten (Brettmann) 37.
Akromegalie s. a. Hypophysis.
— s. a. Riesenwuchs.
—, Hypophysentumor ohne (Nagoya) 137.
—, mit Sektionsbefund (Gordinier, Kirk) 137.
Aktinium (Mesernitzky) 131.
Aktinomykose des Coecums und der Appendix (Serck) 101.
—, eine der Schwierigkeiten in der Diagnose [illegible]
—, Entstehung der (Keppler) 174.
— der Hornhaut (Löwenstein) 200.
— des Thorax (Rocher) 37.
Aktinotherapie s. Strahlenbehandlung.
Albees Methode der Knochentransplantation (Albee) 249.
Alexander-Adamssche Operation, Rückblick über 25jährige Erfahrung mit; 1887—1912 (Schmitz-Pfeiffer) 246.
Alkohol-Desinfektion der Haut (Vannier) 22.
—Injektionen ins Ganglion Gasseri zur Behandlung der Nervus-trigeminus-Neuralgie (Camp) 275.
—Verband, speziell Methylalkohol (Oeconomos) 407.
—, verdünnter, weitere Versuche über Sterilisation mit (Bujwid) 339.
Ambardsche Konstante s. a. Nierenfunktionsprüfung.
— — (Peugniez) 306.
— — und Nierentuberkulose (Marion) 104.
— —, Untersuchungen über; Prognose des Verlaufes chronischer Nephritiden durch Bestimmung der Harnstoffmenge im Blut (Widal, Weill u. Vallery-Radot) 237.
Amöben-Dysenterie und Leberabsceß, Behandlung mit Emetinhydrochlorid und Aspirat (Dudley) 380.
Anämie, perniziöse, Behandlung der (Flörcken) 163.
— —, Großhirnveränderungen bei (Schröder) 3
— —, Milzexstirpation wegen (Coleman u. Howell) 381.
— splenica mit Milzexstirpation (Bantische Krankheit) (Herrick) 63.
Anästhesie s. a. Leitungs-, Lokal-, Rückenmarkanästhesie.
— s. a. Narkose.
— des kleinen Beckens, regionäre (Danis) 272.
— für chirurgische Zwecke, einfacher, billiger und für gewöhnliche Zwecke genügender Apparat (McGrath) 195.
—, lokale und sakrale, bei Laparotomien (Trigott) 86.

Anästhesie, lokale und regionäre in der Urologie (Lemoine) 21.
—, Spinal-, in der Beckenchirurgie (Anspach) 271.
—, supraclavikulare, des Plexus brachialis, Kollaps nach (Neuhof) 128.
Anästhesierungs-Methode des Larynx (Yorke) 206.
Anaesthetica, Gebrauch und Anwendung (Buxton) 127.
Analfistel-Operation ohne Durchschneidung des Sphincters (Barnes) 302.
Analstriktur, plastische Operation mit Gestalt eines Z bei (Beach) 232.
Anastomose, arteriovenöse, bei diabetischer Gangrän (Kerr) 398.
— der Blutgefäße, Kanülenzange für (Price jr.) 340.
—, interglanduläre, der Parotis- und Submaxillardrüse zur Schaffung eines kollateralen Exkretionsweges für die Parotis (Ferrarini) 201.
Anatomie, chirurgische (Treves-Keith) 257.
Aneurysma der Aorta, operative Behandlung des (Kümmell) 360.
— des Aortenbogens, Heilung durch Injektionen von Serumgelatine (Chalier u. Nové-Josserand) 149.
— der Arteria brachialis, variköses (Da Costa) 174.
— arterio-venöses, der Carotis interna und der Jugularis interna (Gilson-Herman) 92.
—, arterio-venosum der gemeinsamen Schenkelgefäße, Exstirpation und vierfache Unterbindung (Bouquet) 397.
— cirsoides an den Gliedmaßen (Terra-Abrami) 70.
— des oberflächlichen Hohlhandbogens, klinische Studie über (Thiébauld) 316.
Angiome der Glieder, tiefgelegene schmerzhafte (Kirmisson) 389.
— der Muskeln, Primäre (Serra) 79.
Anionen-Behandlung und Strahlenbehandlung (Steffens) 195.
Ankylosen, Behandlung mit Murphyscher Methode (Guillot, Dehelly) 112.
— des Ellbogengelenkes, knöcherne; trotz Infektion gutes Resultat (Turner) 174.
— der Hüft- und Kniegelenke in Beugestellung mit Equinusstellung beider Füße; Muskelzerreißung mittels hölzernen Schlegels, Gelenkschnitt des unteren Wadenbein-, Schienbeingelenks, Tenotomie und forziertes Redressement beider Füße mit breiter Zerreißung der Haut (Chaput) 255.
— des Kiefergelenks, operative Behandlung mittels freier Fascientransplantation (Korneff) 201.
— des Kiefergelenks und Hirnbrüche, Frage der Verwendung der freien Autotransplantation bei (Istomin) 196.
— des Kiefergelenks, knöcherne und fibröse, Gelenkplastik bei (Murphy) 347.
— des Kiefergelenks mit Vogelgesichtbildung (H. Hoffmann) 278.
—, blutige Therapie der (Putti) 111.
—, Winkel-, und arthrogene Kontrakturen des Knies, bogenförmige Osteotomie bei (W. Schmidt) 318.
Antigonokokkenvaccinebehandlung (Legueu) 324.
Antiseptische Lösungen, ihr Ersatz durch Wrigthsche Lösung) (Dickinson) 339.
Antithyreoidin, spezifische Wirkung auf Basedowsche Krankheit (Sonne) 411.
Antitoxin-Injektionen, gleichzeitige, bei Prophylaxe des Tetanus, Wirksamkeit von (Tizzoni) 262.
—Injektionen, intramuskuläre, bei Diphtheriebehandlung (Rolleston u. Macleod) 403.
Antitrypsin-Gehalt und Leukocytose bei Laparotomien, diagnostische Untersuchungen des (Gorbakowsky) 287.
Antrum-Operationen, osteoplastischer Verschluß retroaurikulärer Öffnungen nach (Becker) 277.
Anus s. a. Atresie.
— s. a. Rectum.
—Atresie, angeborene, zur Frage operativen Vorgehens bei (Tichonowitsch) 377.
— praeternaturalis, kontinenter, definitiver (Aubert) 58.
—, Pruritus des, Ätiologie und Behandlung (Murray) 421.
Aorten-Aneurysma, operative Behandlung des (Kümmell) 360.
Aortenbogen-Aneurysma, Heilung durch Injektionen von Serumgelatine (Chalier u. Nové-Josserand) 149.
—, Nahttechnik am (Jeger u. Leland) 149.
Aortitis luetica, hochgradiger Meteorismus bei Fall mit (Engländer) 361.
Aphasie, amnestische und transcorticale, klinische Stellung und Bedeutung für Lokaldiagnose besonders von Hirngeschwülsten (Stertz) 197.
Aponeurosen der Achselhöhlen in Beziehung zu Lymphdrüsenerkrankungen dieser Region, anatomisch-chirurgische Untersuchungen über (Moreau) 315.
Apparat, einfacher, billiger, zur Anästhesierung für chirurgische Zwecke (McGrath) 195.
— nach Hackenbruch und kindliche Ellbogenfrakturen (Van Neck) 174.
— von Le Damany zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation (Broca) 317.
—, Lotsch-, Narkose mit (Hübener) 194.
Appendektomie und Querschnitt (Jayle) 417.
Appendicitis (Esau) 54.
— mit chronischem Abceß (Morris) 98.
—, akute (Barnsby) 52.
— —; unterbliebener Abstieg des Coecum (Fowler) 230.
— —, innerliche Behandlung der (Laache) 417.
—, Colitis mucosa und Pericolitis membranacea, Wechselbeziehungen zwischen (Benjamin) 229.
—, chronische (Sherren) 53.
— —, und Hernia inguinalis (Veau) 290.
— chronica, Insuffizienz der Valvula Bauhini bei (Lohfeldt) 374.
—, chronische Kolitis, Studien über die Pathologie des Ulcus (Mathieu) 223.
— —, Muskelsymptom bei (Wolkowitsch) 54.
— —, 98 Operationen wegen (Codman) 298.
— diverticularis (Lorillon) 53.

Appendicitis fibroplastica (Läwen) 53. 298.
—, Geschichte über (Barr) 377.
— mit Gravidität (Serck) 101.
—, Intussusception vortäuschend (Halahan) 53.
—, Lebererkrankungen bei (Walter-Sallis) 52.
—Operationserfolge 1913 und im Verlaufe 16jähriger Tätigkeit (1898—1913) (Zahradnicky) 376.
— in Ostasien, speziell Shanghai und Umgebung (Birt) 230.
—, Rolle der Parasiten bei (Van Gaver) 52.
—Pathologie (Wideröe) 157.
— — und Behandlung (Kukula) 375.
—, retrocoecale; appendizitischer Abceß (Kirmisson) 230.
— im Säuglingsalter (Baxter) 376.
— traumatica (Rosica) 297.
—, Ursachen der (Opitz) 51.
— als Ursache von mechanischem Ileus (Leotta) 417.
— und Würmer (Sagredo) 230.
Appendicitischer Abceß, angeborene Anomalie von Niere und Ureter unter dem klinischen Bilde eines (Oehlecker) 166.
Appendicostomie bei Kolitis (Kornew) 421.
Appendix-Carcinom (Hada) 299.
—, Entstehung der Carcinoide der (Ehrlich) 55.
—, Carcinom und Carcinoid der (Abrikossoff) 55.
—Chirurgie (W. Meyer) 297.
— und Coecum, Aktinomykose der (Serck) 101.
—Cyste, pseudomyxomatöse (Hartman u. Kindley) 230.
—, Divertikel der, und divertikuläre Appendicitis (Lorillou) 53.
—Exstirpation mit postoperativem, subcutanem Emphysem und Perikolitis membranacea (Carboni) 297.
— in Beziehung zu Krankheiten des Genitalapparats (Fabricius) 230.
—, endokrine Geschwülste der (Gosset, Masson) 101.
—, Hernie der, und des Coecums (Lionti) 220.
—Operation, Beschwerden nach (W. Wolf) 376.
—, Physiologie (Heile) 50.
Arbeitsunfälle (Forgue, Jeanbrau) 86.
Argatoxyl bei septischen Erkrankungen (Rosenstein) 7.
Arm-Arterien, nervöse Versorgung der, und klinische Bedeutung der Befunde (Kramer) 396.
— und Schulterblattausreißung (Dickinson) 395.
Arterie, Arteria, Arterien, Arteriae.
— anonyma, Ligatur der (Hamann) 360.
— des Arms, nervöse Versorgung der, und klinische Bedeutung der Befunde (Kramer) 396.
— brachialis-Aneurysma, variköses (Da Costa) 174.
— carotis interna, arterio-venöses Aneurysma der, und der Jugularis interna (Gilson-Herman) 92.
— — —, interessante Verletzung der (Marx u. Pfleger) 351.
— femoralis, postoperative Embolie der, Arteriotomie versucht (Watson) 256.
— hepatica, Triplizität der (Gérard u. Cordonnier) 423.
Arterie der Niere, überzählige, Fall von (Harvey) 306.
— poplitea, Gangrän des rechten Fußes nach Schußverletzung der (John) 256.
—, Transfusion und Contractilität der (Bardier u. Clermont) 324.
— und Vena femoralis, Schußverletzung (Fowelin) 175.
Arterielle Zirkulation, einige Experimente über (Wybauw) 177.
Arterio-Sklerose und Unfall (Rumpf) 267.
—venöse Anastomose bei diabetischer Gangrän (Kerr) 398.
—venöses Aneurysma s. a. Aneurysma.
— — — der gemeinsamen Schenkelgefäße, Exstirpation und vierfache Unterbindung (Bouquet) 397.
Arthigon-Injektionen, intravenöse, Blutbefunde nach (Brasch) 245.
Arthritis s. a. Gelenk.
— acromalis, traumatische (Sievers) 73.
— deformans, Beziehung zu den freien Gelenkkörpern (Axhausen) 110.
—, experimentelle, beim Kaninchen, hervorgerufen durch Streptococcus mitis (Rothschild u. Thallimer) 389.
—, gonorrhöische (Goebel) 390.
—, intestinal-toxische, atrophische und hypertrophische (Marshall) 314.
—, klinische und experimentelle Erfahrungen bei Streptokokkeninfektionen, besonders in Beziehung zur, und ihre Behandlung (Dyas) 392.
—, rheumatische, durch Lanes Operation wesentlich gebessert (Whitaker) 392.
— syphilitica (Barbosa) 72.
Arthroplastik des Kniegelenks, Murphysche Methode bei (Guillot, Dehelly) 112.
Arthrotomien, 99, wegen Patellarfraktur (Delstur) 400.
Asepsis, mechanische, neue Behandlungsmethode von Wunden und Verletzungen (Zimmermann) 23.
Aseptik im Kriege, Vereinfachung der (Scheidl) 268.
Aseptofix, Fixierungsmittel bei der Behandlung von Verletzungen (Zimmermann) 23.
Aspiration und Emetinhydrochlorid zur Behandlung von Amöbendysenterie und Leberabszeß (Dudley) 380.
Atem-Hindernis, Bedeutung der Thymusdrüse als (Ritter) 36.
—Lähmungen, Behandlung mit Sauerstoffeinblasung in die Luftröhre (Leschke) 114.
—Wege, Fremdkörper in den (Drosdoff) 355.
Atmungswege, Stenosen der (Fremdkörper, Sklerome (Wojatschek) 142.
Atresia ani (Hodges) 60.
— — vaginalis, Operation der (A. Fischer) 388.
Atrophie, akute gelbe Leber-, Cirrhose und Trauma, Regenerationserscheinungen bei (Hallbauer) 379.
— der Knochen, akute (Roth) 191.
— des Sphincter ani, Ursachen, Folgen und Behandlung (Jackson) 302.

Auge, künstliches, Transplantation von Epidermisschollen in die Augenhöhle, um bei Symblepharon das Tragen eines, zu ermöglichen (Magitot) 346.
—, 6 unter Erhaltung des, operierte Orbitalcarcinome (Rollet) 201.
Aurum-Kalium cyanatum, Kupferverbindungen, Salvarsan, zur Lupusbehandlung (Schönfeld) 262.
Auto-Transplantation, freie, bei Hirnbrüchen und Kiefergelenkankylosen, Frage der Verwendung der (Istomin) 196.
—Vaccine zur Heilung der Schwangerschaftspyelonephritis (Weymeersch) 104.
Azodolen und Pellidol bei Behandlung der Ulcera cruris (F. Fischer) 319.

Bacillen s. a. Bakterien.
—, Milchsäure-, Injektion von, zur Behandlung tuberkulöser Cystitiden (Vinay) 383.
Bacillus leprae, Wirkung des Radiums auf (Verteuil) 9.
—, prodigiosus, Variationskreis des (Eisenberg) 114.
— tuberculosis s. Tuberkelbacillen.
—, violaceus, Variationskreis des (Eisenberg) 114.
Bactericide Wirkungen der Leukocyten (Esch) 179.
Bakterielle Vaccine, Anwendung in der allgemeinen Praxis (Pankhurst) 115.
Bakterien, Bacterium s. a. Bacillen.
— coli-Infektion, akute, der kindlichen Harnwege, 5 verschiedene klinische Bilder (Gordon) 238.
—Flora des Duodenums, Experimentalbefunde und Betrachtungen der (Giugni) 224.
— fluorescens, Mutationen des (Eisenberg) 114.
— pneumoniae, Mutation des (Eisenberg) 114.
—Produkte zur Sensibilisierung der Haut (Grosz u. Volk) 328.
— typhi, Mutation bei (Eisenberg) 114.
—Vaccine, sensibilisierte, in prophylaktischer Anwendung bei Puerperalsepsis (Champtaloup) 260.
—, über Variabilität der (Eisenberg) 114.
Bakteriologische Befunde bei Lymphogranulomatosis (Verploegh, Kehrer, v. Hoogenhuyze) 115.
Bänder- und Muskelkrankheiten, Massage und Bewegungen bei Behandlung gewisser (Herrich) 314.
Balkankrieg s. a. Schußverletzungen.
Balkankriegen, Erfahrungen aus den (Birrell) 124.
Balken und linker Parietallappen, Gliom des, mit doppelseitiger Apraxie, Tod nach Lumbalpunktion (Laignel-Lavastine u. Lévy-Valensi) 277.
—Stich, Anton v. Bramannscher (Ringel) 344.
—Stich bei Stauungspapille bei Hirngeschwülsten (Dutoit) 199.
—Stich und Trepanation zur Heilung von Hydrocephalus internus acquisitus (v. Sarbó) 343.
Balls Operation innerer Hämorrhoidalknoten (Zobel) 232.
Bantische Krankheit, Milzexstirpation bei (Herrick) 63.
— Krankheit, Splenektomie bei (Sturgis) 235.
Barium-Sulfat als Kontrastmittel in der Röntgendiagnostik des Magendarmkanals (Crone) 151.
— oder Wismut-Buttermilch zur Röntgenuntersuchung bei Pylorospasmus (Smithies) 42.
Basedowbehandlung, die Erfolge chirurgischer (Kadnikoff) 34.
Basedowismus oder vasomotorische Neurose (Alquier) 95.
Basedowsche Krankheit (Dawson-Turner) 1283.
— — (Walton) 34.
— —, pathologische Anatomie und Klinik der (Sudek) 354.
— —, spezifische Wirkung des Antithyreoidins bei (Sonne) 411.
— —, chirurgische Behandlung von (Haggard) 35.
— —, biologische Diagnose 34.
— —, operative Erfolge (Klinke) 353.
— —, Pathogenese des Exophthalmus (Maurice) 145.
— —, Frühoperation der (Liek) 411.
— —, Geistesstörungen bei (Leggett) 209.
— — und Hyperthyreoidismus, Behandlung mit Hochfrequenzströmen (Lewi) 144.
— — und Jodbasedow, bisherige Erfahrungen und deren Zusammenhang mit dem System der Drüsen mit innerer Sekretion (Kempner) 209.
— Erkrankung beim Kind (Fernández) 144.
— Krankheit, Struma und Uterusgeschwülste (Elsner) 171.
— —, Syndrom, eintretend mit akuten infektiösen Thyreoiditiden und Strumitiden (Pletnew) 353.
— — und Tabes, ihre Beziehungen zueinander (Barkan) 283.
— —, Bedeutung der Thymus für Entstehung und Verlauf (Hart) 36.
— —, Wirbelsäulenbehandlung bei (Hirsch) 95.
—Strumen, Extrakt von, Wirkung auf den Blutdruck (Sanford) 34.
—Struma, Serumbehandlung der (Beebe) 95.
Basisfraktur mit Hemianopsie (Cestan, Fabre) 137.
Bauch s. a. Abdom.
—Affektionen, akute, chirurgische Diagnose bei (Duff) 215.
—Chirurgie für chirurgische und gynäkologische Ärzte 212.
—Deckenspannung (Hall) 290.
—Fell s. Peritoneum.
—Hernie s. Hernia ventralis.
—Höhlenkrankheiten, Stimmgabel, Vibrationsapparat, Aknophon, Diagnose durch Anwendung von (Breitmann) 37.
—Höhle, Schulterschmerz (Fernsymptom des Nervus phrenicus) bei akuten chirurgischen Krankheiten der (Löffelmann) 288.
—Krankheiten, organische, Unterscheidung der Magenneurosen von (Giffin) 222.
—Muskeln, radikuläre Innervation der (Söderbergh) 363.
—Operationen, örtliche Schmerzverhütung bei (Hackenbruch) 272.

Bauch-Querschnitt und Appendektomie (Jayle) 417.
—Quetschung durch Hufschlag (Arnaud) 97.
—, Schußverletzungen des (Delrez) 126, (Landry) 216.
— — aus dem Balkankriege, 120 Fälle, beobachtet in dem osmanischen Fortbildungskrankenhause Gülhane (Wieting-Pascha) 269.
— —, des, und Thorax (Suchanek) 17.
— —, Behandlung von (Tecqmenne) 269.
—Speicheldrüse s. Pankreas.
Becken-Abschnitt des Ureters, Freilegung des (Birnie) 167.
— und Achselhöhlentemperatur; Fieber und rectale Hyperthermie (Engländer) 257.
— und abdominale Chirurgie, Drainage in der (Bonifield) 288.
—Chirurgie, wirksamste Methode in der; Eine- und Zwei-Naht-Operationen (Dickinson) 216.
— —, Erfahrungen mit der Spinalanästhesie in der (Anspach) 271.
— solitäre, absterbende Echinokokkencyste im (Magarey) 215.
—, enges, durch Fehlen des Kreuzbeines (Desfosses) 112.
—Erweiterung durch Promontoriumresektion, und künstliche Scheidenbildung (Engelmann) 312.
—Hochlagerung (Grunert) 289.
— —, Siegeszug der (W. Meyer) 288.
—, kleines, regionäre Anästhesie des (Danis) 272.
—Mißgestaltung bei Spina bifida occulta sacralis (Chiari) 281.
—Venen, septische Thrombophlebetis der (Lewis) 171.
Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulosen (Cayre) 109.
Bestrahlung oder Operation (Chr. Müller) 332.
Bewegungsapparat, gonorrhoische und syphilitische Krankheiten des (G. Müller) 388.
Biliäre Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege (Machefer) 40.
Bindehautdeckung bei perforierenden Bulbusverletzungen und Cornealgeschwüren nach Literatur und Material der Gießener Klinik (Krevet) 200.
Bindesubstanzgeschwülste, komplizierte, der Tränendrüse (Haslinger) 139.
Bismuth s. Wismuth.
Blase s. a. Lithotripsie u. Litholapaxie.
— s. a. Niere.
—Antisepticum, neues, Hexal (Grünbaum) 168.
—Divertikel, Radikalbehandlung angeborener (Busson) 66.
—Ektopie (Johnston) 309.
— —, Operation der (Hagentorn) 105.
— —, Uretereinpflanzung in das Rectum bei (Mayol'sche Operation) (Simpson) 66.
—Ersatz, zur Frage des (Kotzenberg) 169.
—, Fremdkörper in der (Globin) 168.
—Geschwülste (Bollag) 105.
— —, Behandlung der (Gorasch) 242.
— — Behandlung mit Hochfrequenzströmen (Craison) 311.
— —, blutstillender Wert der Elektrokoagulation bei (Desnos) 311.
Blase und Prostatageschwülste, Behandlung mit Radium (Le Fur) 383.
—Geschwülste, Resultate der operativen Behandlung der (Stammler) 168.
—Geschwulst, Heilung durch Sectio alta (Cifuentes) 169.
—, traumatische Loslösung der, von der Symphyse mit vollständiger Abtrennung der Urethra; Heranziehung der kleinen Schamlippen als Ersatz für die nekrotisierte vordere Scheidenwand (Werelius) 243.
—Papillome mit Sitz um die Uretermündung, Exstirpation umfangreicher (Rolando) 67.
—Ruptur, traumatische (Della Torre) 66.
—, Sanduhr-, Chirurgie der (Squier) 241.
—Speculum, neues suprapubisches (Corbus) 340.
—Steinkrankheit s. a. Steinkrankheit.
—Steine, Bildung von, mit Seidenfädenausstoßung durch die Blase (Le Fur) 66.
—Stichwunden (Obal) 425.
—Syphilis (Duroeux) 66.
—Tuberkulose s. Tuberkulose der Blase.
Blastomykosis (Boughton u. Clark) 264.
—, generalisierte (Powers) 116.
—, systematische (Boughton u. Stober) 264; (Churchill u. Stober) 264; (Eisenstaedt u. Boughton) 265; (Jackson) 264; (Krost) 264; (Lewison u. Jackson) 264; (Myers u. Stober) 264; (Riley u. Le Count) 264; (Shaffner) 265.
— —, mit Nekropsie (J. Bechtel u. Le Count) 264.
— —, Bericht über pathologisch-anatomisches, bakteriologisches und klinisches Bild (Stober) 264.
Blepharoptosis, vollständige, doppelseitige, Heilung durch die Motaissche Operation (Thibert) 346.
Blinddarmentzündung s. Appendicitis.
Blindheit, nach traumatischen Hinterhauptsverletzungen (Newmark) 27.
Blut-Befunde nach intravenösen Arthigoninjektionen (Brasch) 245.
—Bild bei Hodgkinscher Krankheit (Bünting) 327.
—Druck, Einwirkung von Serum Basedowkranker, des Extrakts von Basedowstrümen und anderer Substanzen auf den (Sanford) 34.
—Durchwaschung außerhalb des Organismus und Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen (Jurewitsch u. Rosenberg) 177.
—Egel, Behandlung von, in den Larynx gelangter (Aboulker) 93, (Gaggia) 93.
—, giftige Eigenschaften des (Studsinski) 1.
—Entziehung, Theorie und Praxis der (Stern) 1.
—Ergüsse s. a. Hämatome.
— — und Traumen des Kniegelenkes, Rolle der Kreuzbänder bei (Corner) 319.
—Gefäß-Anastomosen, Kanülenzange für (Pri jr.) 340.
— —, Chirurgie der (Horsley) 177.
— — Verletzungen, Behandlung von (Grant 108.
—Gerinnbarkeit nach Chloroform- und Äthernarkosen (Heully) 270.
—Körperchen, rote, Durchwaschung des Blutes außerhalb des Organismus und Widerstandsfähigkeit der (Jurewitsch u. Rosenberg) 177.

Blut-Serum, chemische Veränderungen des, bei Carcinomkranken (Krym) 11.
—Transfusion (Corbett) 1.
— —, Gebrauch von Hirudin bei (Latterlee u. Hooker) 258.
—, Tuberkelbacillen im strömenden (Rosenberg)7.
Blutserkrankheit, Vererbungsmodus der (Lossen)81.
Blutstillender Wert der Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten (Desnos) 311.
Blutung der Haut, neue Naht bei, zur Beherrschung der Schädeloperationen (Griess) 136.
— von Herz und Leber, Stillung durch frei transplantierte Muskelstücke (Läwen) 361.
— des Hirns, Trepanation in Fällen von (Hamill) 344.
— okkulte, Lehre von der (Boas) 415.
— —, bei Magen- und Duodenalgeschwür, Vorkommen und Verhalten der (Boas) 373.
—, parenchymatöse, Stillung mit Koagulen Kocher-Fonio (Mutzenbacher) 321.
—, feststehende Quellen für alle, nach Tonsillektomie und ihre sichere Beherrschung (Davids) 278.
Bösartige Geschwulst der Subclaviculargegend (Branchioni) 251.
Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie (Perrier) 68.
Bouillysche Operation, Indikationen und Erfolge; hohe Portioamputation und Vaginaresektion beim Genitalprolaps (Lenormant u. Petit-Dutaillis) 388.
Brachialplexusanästhesie, vollständige Lokalanästhesie der oberen Extremität (Strachauer) 430.
Brightsche Nierenkrankheit s. a. Nephritis.
— Krankheit, Wert der Nierendekapsulation bei, besonders in hartnäckigen Fällen (Lynch) 307.
Bronchial-Drüsenkrankheit, Tracheo-, latente, beim Kind; Vergleich der Röntgendiagnostik mit klinischer Diagnostik (Spéder u. Dubourg) 283.
Bronchiektasien und Lungenabscesse (Lilienthal) 211.
Bronchitiden und Pneumonien, postoperative, Behandlung und Prophylaxe mit Menthol-Eucalyptol-Injektionen (Technau) 114.
Bronchus, Fremdkörper im (Ssemjonowski) 359.
— Verlegung eines Haupt- (Jex-Blake) 97.
—, durch — entleerter Lungenabsceß oder interlobäres Empyem und Heilung durch artifiziellen Pneumothorax (Leuret u. Aubert) 359.
Brophysches Mundspeculum (Farr) 130.
Bruch s. Frakturen.
— s. Hernia ventralis.
— s. a. Hernie.
— des Hirns und Kiefergelenkankylosen, Frage der Verwendung der freien Autotransplantation bei (Istomin) 196.
—Sack s. a. Hernien.
— —, Volvulus im (Landsberger) 49.
Brücke, Sarkom der, und des Kleinhirns (Borzekowska-Lewin) 27.
Brust-Bein s. a. Sternum.
— —, Osteomyelitis des (Schaechtl) 209.
Brust-Drüse s. Mamma.
—Fell s. Pleura.
—Höhlenkrankheiten, Stimmgabel, Vibrationsapparat, Aknophon, Diagnose durch Anwendung von (Breitmann) 37.
—Muskeldefekte, angeborene (Tedeschi) 356.
—, Schußverletzungen der (Laurent) 126.
—Wirbelsäule s. a. Wirbelsäule.
Bubonen s. a. Lymphdrüsen.
—Pest vorgetäuscht durch plötzliche Filaria-Lymphangitis (Martinez) 399.
Bulbus-Verletzungen und Cornealgeschwüre, perforierende, Bindehautdeckung bei, nach Literatur und Material der Gießener Augenklinik (Krevet) 200.
Bursitiden der Hüfte, tuberkulöse (Arce) 175.
Bursitis subdeltoidea, Os acromiale secundarium und isolierte Fraktur des Tuberculum maius humeri in ihrer klinischen und praktischen Bedeutung (R. Maier) 316.

C. s. a. K. u. Z.
Calcaneus, Fersenschmerzen durch Exostosen des (Gobeaux) 80.
Calvés Pseudocoxitis (Roberts) 399.
Campher-Paraffininjektionen, Über Persistieren entzündlicher Schwellungen nach. (Firket) 259.
Capparonische Behandlungsmethode der ascitischen Form von Bauchfelltuberkulose = intraperitoneale Jodoforminjektionen (Setti) 98.
Carcinoide der Appendix, Entstehung der (Ehrlich) 55.
— und Carcinom der Appendix (Abrikossoff) 55.
Carcinom s. a. Epitheliom.
— s. a. Geschwülste.
— s. a. Ulcus rodens.
—, Abderhaldensche Reaktion des (Schumkowa-Trubina) 331.
— des Appendix (Hada) 299.
—Behandlung, biologische (Francis) 12.
— — mit Elektrocuprol (Petridis) 331.
— —, Nichtoperative (Allmann) 12.
— operative Behandlung des (Spisharny) 187.
—Behandlung, Stellung der Röntgenstrahlen bei (Fowler) 405.
— —, unblutige (Allmann) 266.
— und Carcinoid der Appendix (Abrikossoff) 55.
— des Dickdarms, Ovariengeschwülste vortäuschend (Kubinyi) 418.
—, Entstehung und Behandlung der (Theilhaber) 186.
—, experimentelles (Tschitschkin) 118.
—Forschung, neuere, Übersicht über die (Bashford) 331.
—, Gallert-, einer Urachuscyste (Pende) 216.
— der Haut, Behandlung der (Gaucher) 328.
— — —, mit Kupfer und Quarzlampe geheilte Fälle von (Weiss) 342.
— — —, Radiumbehandlung mit Einzel- oder Massivdosen (Clark) 189.
— — —, tiefgreifendes, Röntgenstrahlenbehandlung von (Wichmann) 328.
—, Heredität (Warthin) 84.
—, Wirkung von Hitze auf (Percy) 188.

Carcinom der Hoden, drei Fälle von (Georgesco und Sabesco) 171.
—, inoperable, beste Methoden, ihr Fortschreiten aufzuhalten (Percy) 188.
— des Kolons und Enteritis (Schwartz) 103.
—Kranke, Veränderung des Blutserums bei (Krym) 11.
— des Larynx, Erfahrungen über (Barth) 282.
— —, Totalexstirpation (Mintz) 32.
— —innern, scheinbar vollständige Entfernung durch intralaryngeale Operation (Thomson) 282.
— der oberen Luft- und Speisewege, Behandlung mit Radium- und Mesothoriumbestrahlungen (Albanus) 352.
— des Magens mit akutem Anfall, Frühsymptome (Goodman) 416.
— — —, zur Diagnose des (Carter) 46.
— — —, mit besonderer Hinsicht auf frühzeitige Erkennung (Hasenfeld) 373.
— — —, Glycyltryptophanreaktion bei (Hauschild) 296.
— — — und Magengeschwür, Verdauungsleukocytose bei (Bonhoff) 371.
— — —, Prognose (Anschütz) 46.
— — —, Resultate eines 17jährigen Kampfes gegen (Derjushinshi) 367.
— — —, Röntgendiagnostik des (Nemenoff) 157.
— — —, Unfallfolge (Franck) 227.
— der Mamma (Beall) 37.
— der männlichen Mamma (Laurenti) 37.
— der Mamma, Nematoden und andere Parasiten bei; Nematodenbefunde bei Kontrolluntersuchungen (Paulsen) 209.
— — —, Statistik von, im Michigan-Staat während der letzten 25 Jahre (van den Berg) 209.
— der Meibomschen Drüsen (Pokrowski) 139.
— der Meningen, latentes (Eichhorst) 344.
— des Mundes, inoperable, Behandlung mit Fulguration (Lotheissen) 279.
— und Myxosarkomfälle der weiblichen Urethra (Watson) 386.
— der Niere, primäres (Jelenewski) 65.
— des Ösophagus, neue Technik der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose von (Bassler) 356.
— der Orbita, sechs unter Erhaltung des Auges operierte (Rollet) 201.
— des Pankreas (Chavannay u. Guyot) 163.
—, Paraffin-, Kohle- und Petroleumprodukte als Ursachen chronischer Reizung und Carcinoms (Davis) 187.
— des Penis, Nierenruptur (Greensfelder) 245.
—, Portio-, Tuberkelknötchen im (E. Schmidt) 387.
—Prophylaxe (Mayo) 187.
— der Prostata (Neuber) 69.
—, Ergebnisse der Radiumbehandlung beim (Janeway) 188.
—, Grenzen der Radiumtherapie in der Behandlung tiefsitzender (Bayet) 120.
— des Rectums, Behandlung durch abdominoperineale Exstirpation (Pauchet) 418.
— der Schilddrüse, Hautmetastasen eines (Fillié) 145.
Carcinom-Serodiagnostik mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens (Blackstein) 185.
—, Strahlenbehandlung des (Haendly) 187.
—Studien, diagnostische und therapeutische (Stammler) 331.
— der Trachea, primäres (Oppikofer) 282.
— und Tuberkulose des Magens, Kombination von (Frank) 47.
— der Unterlippe, Diagnose und operative Behandlung (Bloodgood) 28.
—, Urethrascheiden-, inoperables, Heilung durch Radiumbehandlung (Legueu u. Chéron) 247.
—, Ursache und Behandlung vom Standpunkt unserer radiobiologischen Forschung (Lazarus-Barlow) 329.
— des Uterus, therapeutischer Wert der Röntgenstrahlen und radioaktiven Substanzen bei, mit pathologischen Untersuchungen (Rubin) 313.
— der Vulva und Strahlenbehandlung (A. Winkler) 172.
— der Zunge, Studie auf Grund von über 100 Fällen (Bloodgood) 202.
Carcinomatöse Geschwülste, Verhalten von Sudan III und Scharlachrot zu (Kuschtaloff) 120.
— Urethra, Technik bei Excision der (Stark) 169.
Cardia s. Magen.
— s. Pylorus.
Caries sicca und Coxitis des Hüftgelenks, nicht tuberkulöse (Cauli) 318.
Carotiden, ihre Rolle bei Gehirnstörungen infolge Blutgefäßveränderung (Hunt) 26.
Carotis s. a. Arterie.
— interna, arterio-venöses Aneurysma der, und der Jugularis interna (Gilson-Herman) 92.
Cartilago quadrangularis-Fraktur s. Fraktur.
Catgut als Hautnaht (Nicolson) 339.
—, Sterilisation und Aufbewahrung (Bartlett) 24.
Cauda equina, eigentümliche, nicht beschriebene Krankheit der Nerven der, mit pathologisch-anatomischem Bericht (Kennedy, Foster u. Elsberg) 281.
Cava s. Vena cava.
Cavernose und Varicose des Rectums (Kausch) 59.
Cerebellum s. Kleinhirn.
Cerebrale Komplikationen nasalen Ursprungs (Onodi) 134.
Cerebrospinalflüssigkeit s. a. Wassermannsche Reaktion.
Cerebrospinalflüssigkeit, Mischung von Medikamenten mit (Ballance) 133.
Cerebrum s. Hirn u. Kleinhirn.
Cervicaldrüsen, tuberkulöse, Sepsis nach radikaler Ausräumung von (Jefferson) 141.
Chemotherapie subcutaner und in Organen infiltrierend wachsender Mäusegeschwülste und Züchtung infiltrativer Mäusegeschwülste (Keysser) 329.
Chininderivate, ihre bactericide Wirkung besonders des Äthylhydrocupreins (Russo) 83.
Chirurgie, urologische (Morton) 63.
Chloral-Chloroformnarkose, über (Gourfinkel) 21.
—Narkose, über (Gourfinkel) 21.
—Stickstoffprotoxyd und Morphiumstickstoffprotoxydmischung zur Narkose (Karakacheff) 21.

Chloroformnarkose s. Narkose.
Cholecystitis s. a. Gallenblase.
Cholecystogastrostomie mit Gastroenterostomie (Sakljaroff) 378.
Cholecystostomie, Cholecystotomie an Stelle der, bei gewissen Fällen von Cholelithiasis (Maylard) 303.
Choledochotomie, transduodenale und retroduodenale, bei Steinen im Ductus choledochus (Robinson) 233.
Choledochus s. Ductus choledochus.
Cholelithiasis s. a. Gallensteinkrankheit.
—, Cholecystostomie an Stelle der Cholecystostomie bei gewissen Fällen von (Maylard) 303.
Chondrodystrophia foetalis hypoplastica, vorzeitiges Auftreten von Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei (Conradi) 401.
Chondrome der Gelenkkapsel (Troell) 112.
Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie mit kürzester Schlinge, beseitigt durch folgende Jejuno-Jejunostomie mittels Murphyknopf (J. Smyth) 156.
Cirrhose der Leber, Trauma und akute gelbe Atrophie, Regenerationserscheinungen an der Leber bei (Hallbauer) 379.
Clavicula, Tumoren der (Gimbel) 111.
Codivilla-Steinmannsche Nagelextension s. Nagelextension.
Coeco-colicale oder ileocolicale Enteroanastomose bei atonischer Typhlektasie (Duval, Roux) 56.
Coecoplicatio und Coecopexie als Behandlungsmethoden bei dem primären Coecum mobile (Duval, Roux) 56.
Coecosigmoidostomie, laterale, radiographische Funktionsprüfung bei (Duval u. Roux) 372.
Coecotyphlitis, chronische, Diagnose und chirurgische Behandlung bei (Duval, Roux) 56.
Coecum s. a. Dickdarm.
—, unterbliebener Abstieg des; akute Appendicitis (Fowler) 230.
— und Appendix, Aktinomykose des (Serck) 101.
—, kongenitale Dilatation des, oder Hirschsprungsche Krankheit (Machell) 102.
—, Hernie des, und der Appendix (Lionti) 220.
— mobile, Ileumknickung und Membrana pericolica, Ätiologie der (Connell) 217.
— — und Megaloflexur (Roénoff) 419.
— —, das primäre, Diagnose und chirurgische Behandlung (Duval, Roux) 56.
—Resektion bei bösartigen und entzündlichen Geschwülsten (Jankowski) 418.
Coligruppe s. Bacterium coli.
Coli-Infektion der kindlichen Harnwege, akute, 5 verschiedene klinische Bilder (Gordon) 238.
Colliculus seminalis, Ductus ejaculatorius und Sphincter spermaticus, Anatomie, physiologische und pathologische Rolle des (Porosz) 170.
— seminalis, Störungen der Urogenitalfunktion bei Erkrankungen des (Leyberg) 106.
Collum femoris-Fraktur s. Fraktur.
Colon s. Kolon.
Contractilität und Transfusion der Arterien (Bardier u. Clermont) 324.
Contractur, arthrogene, zur Theorie der sogenannten (Tietze) 71.
—, Flexions-, des Knies, Osteotomie am untern Femurende bei (Osgood) 176.
Cornealgeschwüre und Bulbusverletzungen, perforierende, Bindehautdeckung bei, nach Literatur und Material der Gießener Augenklinik (Krevet) 200.
Coxa vara, traumatische (Stockis) 399.
Coxitis und Caries sicca des Hüftgelenks, nicht tuberkulöse (Cauli) 318.
—, falsche, im Kindesalter (Caubet) 254.
Crilesche Transfusionsmethode, Instrument und Technik seiner Handhabung (Kahn) 274.
Cruralhernie s. Hernia cruralis.
Cucullarislähmung, direkte Nerveneinpflanzung in den Muskel (v. Hacker) 73.
Cylindrom des Meckelschen Divertikels (Kaspar) 50.
Cyste der Appendix, pseudomyxomatöse (Hartman u. Kindley) 230.
—, Echinokokken-, im Becken, solitäre absterbende (Magarey) 215.
—, Echinokokkus-, der Tiere (González und Pascual) 166.
— der Glandula pinealis, operative Entfernung (Pussep) 89.
— des Hirns ohne Herdsymptome (Turnbull) 198.
— der Leber, nicht parasitäre (Everidge) 304.
— der Milz (Fossler) 163.
—Niere s. a. Niere.
— — (Mickaniewski) 65, (Benjamin) 166.
—Nieren, klinische Erscheinungen der (Veil) 104.
— des Oberkiefers, follikuläre (Cohen) 278.
— — —, palatinal gewachsene, zur Behandlung von (Hesse) 347.
—, retroperitoneale (Rimann) 361.
— der Rolandschen Gegend (Giorgi) 198.
Cysticus s. Gallenblase.
Cystitiden, tuberkulöse, s. Tuberkulose.
Cystom, multilokuläres, der männlichen Harnblase (Heineke) 383.
Cystoskopie bei Blasentuberkulose (Heitz-Boyer) 309.
Cytodiagnostik des Magens (Loeper, Binet) 100.

Damanys Apparat zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation (Broca) 317.
Darm-Bein, Osteomyelitis des (v. Bergmann) 108.
—Einklemmung, retrograde, bei der W-förmigen Hernie (Welsch) 99.
—, experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Glandula thyreoidea auf den (Capone) 353.
—, Intussusception im (Pepler) 49.
—Lipome, Kasuistik der (Hengstenberg) 59.
— und Magen, Ätiologie und Behandlung der erworbenen Lageveränderung und Fixation von (Brown) 152.
—Obstruktion nach Laparotomie (Dobrochotoff) 370.
—Okklusion, Mechanismus des Todes bei der (Marchetti) 158.
—Stase s. a. Obstipation.
— —, postoperative, Pituitrin bei (Porritt) 158.

Darm-Verletzungen, Deckung durch Netztransplantation (Dawydoff) 157.
—Verschluß s. Ileus.
Dauerkanüle, prophylaktische Tracheotomie und intermittierende Intubation bei Larynxstenose infolge Lähmung der Mm. cricoarytaenoidei postici (Bussalay) 207.
Dekapsulation s. Nierendekapsulation.
Dekompressive Trepanation s. Trepanation.
Desinfektion s. a. Sterilisation.
— mit Festalkol (Laubenheimer) 130.
— — Formalindämpfen bei Handschuhen, Drains, Sonden, Faden, Nadeln, Messern usw. (Pauchet) 274.
— der Hände s. a. Händedesinfektion.
— — — (Bechhold) 129.
— der Hand mit Alkohol (Vannier) 22.
— — —, Anwendung von Wasserdampf (Costa) 130, (Agazzi) 407.
— der Haut mit Sterolin (Frank) 273, (Laubenheimer) 130.
— mit Jodtinktur, modifizierte Grossichsche Methode (Reich-Brutzkus) 22.
— — — in statu nascendi und ihr haltbarer Ersatz in fester Form (Schumacher) 194.
—Mittel, neues, Desodorol (Sboromirski) 23.
Desinfizierende Wirkung des Desodorol Zeta (Manoiloff) 23.
Desodorol, neues Desinfektionsmittel (Sboromirski) 23.
Diabetiker, Chirurgie bei (Labbé) 260.
Diagnostik, chirurgische, in Tabellenform für Studierende und Ärzte (Cemach) 402.
Diaphragma, Eventeration des (Stein) 98.
—, vereiterte Hydatide an den Schenkeln des (Oliver) 215.
Diaphysenstück zum Ersatz einer Epiphyse (Viannay) 396.
Dickdarm s. a. Coecum, Flexura sigmoidea, Kolon u. Rectum.
—, Beiträge zur chirurgischen Anatomie und Pathologie des, mit Röntgenbildern (Hanes) 299.
—Carcinom, Ovariengeschwülste vortäuschend (Kubinyi) 418.
—Chirurgie (Ssolowóff) 421; (Zoege von Manteuffel) 419.
—Chirurgie (Zoege von Manteuffel) 419.
—Divertikel, erworbene (Mourgues) 59.
—Gekröse, Einfluß auf die Nierenlage (Jazuta) 165.
—Geschwülste (Spisharny) 421.
— —, bösartige (Rectum ausgenommen). (Welter) 302.
—Hernie mit besonderer Berücksichtigung des Gleitbruches (Moschowitz) 219.
—Ileus, akuter, nach Daten des Obuchow-Krankenhauses in St. Petersburg (Ponomareff) 420.
Diphtherie s. a. Intubation.
—Behandlung mit intramuskulären Antitoxininjektionen (Rolleston u. Macleod) 403.
—Bekämpfung und -prophylaxe (Braun) 180.
—Schutzmittel TA (Behring, Hagemann) 83, 261.
Divertikel s. a. Meckelsches Divertikel.
— der Appendix und divertikuläre Appendicitis (Lorillou) 53.
Divertikel-Bildung und angeborene Erweiterung des Duodenums (Symptomatologie und Diagnose) (Ad. Schmidt u. Ohly) 229.
— — am Magen durch Ulcus pepticum (Borscéky) 100.
— der Blase s. a. Blasendivertikel.
— — —, Radikalbehandlung angeborener (Busson) 66.
— des Dickdarms, erworbene (Mourgues) 59.
— des Dünndarms, mit Ausnahme des Meckelschen Divertikels (Latarjet) 48.
—, Meckelsches s. a. Ileus u. Intussusception.
—, — s. Meckelsches Divertikel.
—, Pulsions-, pharyngo-ösophageales, und seine Operation nach der Goldmannschen Methode (Albrecht) 357.
Divertikulitis s. a. Meckelsches Divertikel.
— der Flexura sigmoidea (Dunn) 300.
Doppelpenis, Fall von vollkommener angeborener Penisspaltung (Trenkler) 69.
Dorsalluxation der Hand, perilunäre, und deren unblutige Reposition (Lettmacher) 316.
Drainage durch Absaugung (Hunt) 179.
— bei Becken- und abdominaler Chirurgie (Bonifield) 288.
—, lumbale, mittels Meningocelesacks bei Hydrocephalus internus (Cole) 27.
Druckdifferenzverfahren und Thoraxchirurgie (Steinmann) 283.
Drüsen ohne Ausführungsgang, psychische Anomalien bei Störungen der (Cushing) 28.
—Entzündung, iliacale, operative Behandlung bei weichem Schanker (Gaymard) 69.
— mit innerer Sekretion s. a. Innere Sekretion.
— innerer Sekretion, bisherige Erfahrungen über Basedowsche Krankheit und Jodbasedow und deren Zusammenhang mit dem System der (Kempner) 209.
— mit innerer Sekretion, besonders Nebennieren, in Beziehung zu Recklinghausenscher Krankheit (Bosquet) 163.
— mit innerer Sekretion, Polydaktylie und Teratom der Hypophyse, Beitrag zum Studium der morphogenetischen Einflüsse von auf die Organogenese (Bertolotti) 345.
Ductus choledochus s. a. Cholecystektomie u. Choledochotomie.
— — und Gallenblase, ihre Anatomie und Physiologie und Bildung von Gallensteinen (Anderson) 233.
— —, Steine im; transduodenale und retroduodenale Choledochotomie (Robinson) 233.
— ejaculatorius, Colliculus seminalis und Sphincter spermaticus, Anatomie, physiologische und pathologische Rolle des (Porosz) 170.
— thoracicus, Chirurgie des thorakalen Abschnittes des (Rinaldi) 146.
Dünndarm s. a. Duodenum, Jejunum und Ileum.
—Divertikel, mit Ausnahme des Meckelschen Divertikels (Latarjet) 48.
—Phlegmone, Pathologie der (W. Müller) 372.
—Ruptur, traumatische (Ellis) 229; (Thiriar) 157.
—Schlingenincarceration zwischen die Blätter des rechten Ligamentum latum (Buriánek) 229.

Duodenalgeschwür (Schrijver) 415; (v. Tappeiner) 225.
— beim Kinde (Holt) 100.
— und Magengeschwür, okkulte Blutungen beim (Boas) 373.
— — —, Indikationen und Art des Eingriffes bei akuten Perforationen des (Frolowsky) 368.
— — —, Röntgenbefunde bei (Case) 370.
— — —, Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose des (Friedenwald u. Baetjer) 293.
—, Pathologie und Chirurgie des (Kümmell) 293.
—, perforierendes, linksseitige Schulterschmerzen als Symptom (Matthews) 45.
—, perforiertes, bei einem Säugling (Bonnaire, Durante u. Ecalle) 294.
—, Wert der Polycythämie für die Diagnose (Friedman) 45.
— und Pylorusgeschwür, Pylorusausschaltung mittels Fascienstreifen bei (Röpke) 156.
—, röntgenologisch erkennbares beim (Schlesinger) 155.
—, intestinale Vergangenheit der (Loeper) 155.
Duodenalstenose, angeborene tiefe, bedingt durch Situs inversus partialis (Melchior) 229.
Duodenum-Bakterienflora, Experimentalbefunde und Betrachtungen der (Giugni) 224.
—Dilatationen im Röntgenbild bei direkter Füllung (David) 370.
—, angeborene Erweiterung mit Divertikelbildung des; Symptomatologie und Diagnose (Ad. Schmidt u. Ohly) 229.
—Mobilisierung (Jurasz) 374.
Dupuytrenscher Bruch s. Fraktur des Unterschenkels.
Dura-Ersatz, homoioplastischer (Zapelloni) 342.
Dysphagie der Tuberkulösen, Resektion des Nervus laryngeus superior bei (Aboulker) 93.
Dystrophie, muskuläre, und Degeneration der Gehirnnerven mit multiplen kongenitalen Osteochondromen (Boggs) 89.

Echinokokkuscysten der Leber, Ikterus infolge von Druck durch (Finzi) 422.
— der Leber, multiple (Mornard) 379.
— der Niere (González u. Pascual) 166.
—, solitäre absterbende, im Becken (Magarey) 215.
Echinokokkus der Leber, klinische, biologische und therapeutische Studie (Dulot u. Siauve) 378.
— der Leber, nicht vereiterte, moderne chirurgische Behandlung der (Meudic) 234.
— — —, Radikaloperation von (Borséky) 422.
— der Lunge (Chelini) 286.
— des Netzes, solitärer (Kleinschmidt) 361.
Eckesche Fistel, Pathologie und Behandlung des Pfortaderverschlusses; experimentelle Untersuchungen über die (Enderlen, Hotz u. Magnus-Alsleben 160.
Edebohlsche Operation s. Nierendekapsulation.
Eierstock s. Ovarium
Eileiter, ektopische, E bnisse der methodischen Palpation der Ileocoecalgegend mit besonderer Berücksichtigung der (Hausmann) 313.
Eingeweidebruch s. Hernien.
Einhufer, Histopathologie der chronischen Sehnenscheidenentzündungen bei Einhufern (Mensa) 322.
Eiterung, pleuro-pulmonale mit Hämoptoe, Heilung durch artifiziellen Pneumothorax (Leuret u. Aubert) 359.
Ektopie der Blase (Hagentorn) 105, (Johnston) 309.
— testis s. a. Hodenektopie.
— des Hodens, Fixation am Femur (Rocher) 245.
Elektrargol, therapeutische Wirkung des (Ferri) 328.
Elektrischer Strom, Arbeitsunfälle durch (Hewitt) 13, (Forgue, Jeanbrau) 86.
Elektrocupol zur Carcinombehandlung (Petridis) 331.
Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten, blutstillender Wert der (Desnos) 311.
Elektromagneten für Diagnostik und Therapie von Magendarmkrankheiten (Payr) 47.
Elektrotherapie in der Urologie (Courtade) 67.
Ellenbogen-Dislokation, alte, operative Reduktion einer (Bird) 316.
—Frakturen, kindliche, und Apparat nach Hacken bruch (Van Neck) 174.
—Gelenkfraktur s. Fraktur.
—Gelenk, Gelenktransplantation bei knöcherner Ankylose des; trotz Infektion gutes Resultat (Turner) 174.
—Gelenkluxation s. Luxation.
— Joseph Prices, Identität mit Lanes Schleife (Kennedy) 365.
—Luxationen, blutige Reposition veralteter (Walzel) 111.
Embolie der Arteria femoralis, postoperative und Versuch der Arteriotomie (Watson) 256.
— der Lungen, Exitus während Trendelenburgscher Operation bei (Leclerc) 359.
— — —, fulminante, aus dem Saphenagebiet (Hosemann) 285.
— und Thrombose, Reihe ungewöhnlicher Zirkulationsstörungen im Verlauf akuter Infektionen (Bierring) 259.
Embryologie und Anatomie des Kolon (Norsworthy) 231.
Embryonale Zellen, Inokulation von (Bjelogolowy) 116.
Emetinhydrochlorid und Aspiration zur Behandlung von Amöbendysenterie und Leberabsceß (Dudley) 380.
Emphysem, postoperatives subcutanes, und Perikolitis membranacea bei Appendixexstirpation (Carboni) 297.
Empyem-Behandlung im Säuglings- und frühen Kindesalter (Buttermilch) 357, 358.
—, chronisches, viscerale Pleurektomie bei (Mayo u. Beckman) 210.
—, interlobäres, oder Lungenabsceß, durch Bronchus entleert und Heilung durch artifiziellen Pneumothorax (Leuret u. Aubert) 359.
Enchondrome der Hand, homoplastische Knochentransplantation bei (Oehlecker) 396.
Endokrine Geschwülste der Appendix (Gosset, Masson) 101.
Endotheliom s. Sarkom.
Enteritis und Kolonkrebs (Schwartz) 103.

Enteroanastomose und Gastroenterostomie ohne vorausgehende Eröffnung der Schleimhaut (Radulesco) 157.
Enteroanastomosis ileo-colica oder coeco-colica bei atonischer Typhlektasie (Duval, Roux) 56.
Enterolithen, chemische Bestandteile der (Eberle) 158.
Enuresis nocturna (Alexeieff) 168.
Epicondylalgie (Chastenet de Géry) 111.
Epicondylus medialis humeri, Abrißfraktur des (Broca) 394.
Epidermisschollen-Transplantation s. Transplantation.
Epididymitis, tuberkulöse s. Tuberkulose.
Epilepsie, genuine und traumatische, Erfahrungen über die operative Behandlung der (Weispfennig) 276.
—, Reflex-, und ihre chirurgische Behandlung (Kalischer) 198.
—, sensitive partielle, bei Hirngeschwülsten (André-Thomas) 408.
—, Serodiagnostik der (Mayer) 134.
Epileptischer Anfall, experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Hirnvorgänge beim (Karplus) 198.
Epiphysenersatz durch Diaphysenstück (Viannay) 396.
Epiphysitis tibiae dissecans traumatica adolescentium s. Schlattersche Krankheit.
Epispadiefälle, neue Operationsmethode (Vragassy) 428.
Epitheliom s. Carcinom.
Epithelkörperchen s. Nebenschilddrüsen.
Erbrechen, habituelles, und Pylorospasmus bei Säuglingen (Liefmann) 154.
Erysipel, anämisches (v. Czyhlarz) 324.
Eucalyptol-Mentholinjektionen als Behandlung und Prophylaxe postoperativer Bronchitiden und Pneumonien (Technau) 114.
Eventeratio diaphragmatica (Stein) 98.
— und Hernia diaphragmatica (Hildebrand) 364.
Exarticulatio interscapulo-thoracica wegen Sarkoms des Humerus (Soubeyran) 173.
Exophthalmus (Terrien) 144.
—, Pathogenese des, bei Basedowscher Krankheit (Maurice) 145.
Exostosen des Calcaneus, Fersenschmerzen durch (Gobeaux) 80.
—, multiple, cartilaginäre, seltenere Komplikationen der (Mosenthin) 173.
Extensions-Supinationsbehinderung der Vorderarme resp. Hände bei Neugeborenen (Chrysospathes) 395.
Extremitäten-Frakturen, kriegsmäßige Improvisation von Extensionsverbänden bei (v. Saar) 193.
— —, untere, unsere Feldtrage als Transport- und Fixationsmittel der (Weissenstein) 193.
—Knochenfrakturen s. Frakturen.
—, obere, über Lähmungsbehandlung an der (Vulpius) 395.
—, —, vollständige Lokalanästhesie durch Brachialplexusanästhesie (Strachauer) 430.
—, zur Behandlung der Schußfrakturen der (Saar) 19.
—, Schußverletzungen der unteren (Friedrich) 20.
Extremitäten-Transportschienen, dreigeteilte, für den Krieg (Friedrich) 340.
—, untere, Verlängerung der, bei Kniegelenkstuberkulose (Savariaud u. Roederer) 432.

Fascie des Bicepsmuskels, Tuberkulose der, am Oberarm (Pohl) 430.
— lata, frei transplantierte, experimentelle Untersuchungen über den histologischen Umbau der, und Beweis für Lebensfähigkeit derselben unter Heranziehung vitaler Färbung (Kleinschmidt) 178.
—, zur Frage der Sehnenplastik mittels Beobachtungen aus der kriegschirurgischen Tätigkeit der Moskauer Sanitätskolonne in Bulgarien (Rosen) 338.
—Streifen und gestielte Netzlappen zur Pylorusausschaltung (Röpke) 156, (Oliva u. Paganelli) 414.
—Transplantation s. a. Transplantation von Fascien.
— —, freie zur operativen Behandlung der Kiefergelenkankylose (Korneff) 201.
Feldlazarette, Bedeutung von Röntgenapparaten für, im serbisch-bulgarischen Kriege 1913 (Grinenko) 127.
Femoral- und Inguinalhernien, interessante Punkte bei (Darling) 99.
Femur s. a. Schenkelhals.
—Arterie und -vene, Heilung von Schußverletzung der (Fowelin) 175.
—Condylus, überzähliger äußerer, infolge pathologischer Subluxation der Patella (Sinibaldi) 178.
—Diaphyse, Frakturen der (Waegner) 76.
—Ende, unteres, Osteotomie am, bei Flexionscontractur des Knies (Osgood) 176.
—Fraktur s. Fraktur.
—, subcutane Zerreißung des Musculus vastus internus des (Trinci) 175.
—, Fixation des Testikels am, bei Hodenektopie (Roder) 245.
Fermente, peptolytische, im Serum verbrühter Kaninchen (Pfeiffer) 266.
— und Substrate, blutfremde, im tierischen Organismus unter experimentellen, physiologischen und pathologischen Bedingungen (Abderhalden) 324.
Festalkol als Händedesinfektionsmittel (Laubenheimer) 130.
Fett-Ektomie und Hernia umbilicalis (Lathrop) 213.
—Embolie, im Anschluß an orthopädische Operationen (Turner) 2.
—Lappen, gestielter, zur Radikaloperation von Hernia cruralis (Chaput) 221.
—Nekrose des peripankreatischen Gewebes und des Pankreas (Verdozzi) 235.
Fibrillen der quergestreiften Muskeln, Veränderung ihres Volumen während der Kontraktion; Hürthles Ergebnisse und ihre Auslegung (Meigs) 178.
Fibrosarkom s. Sarkom.
Fibula zum autoplastischen Ersatz der durch Osteomyelitis zerstörten Tibiadiaphyse. Neubildung der Tibia in der Umgebung des Transplantats; ausgezeichnetes funktionelles Resultat (Lapeyre) 256.

Fieber und rectale Hyperthermie. Achselhöhlen- und Beckentemperatur (Engländer) 257.
Filaria-Lymphangitis, tödlicher Fall von, Bubonenpest vortäuschend (Martinez) 399.
Fingerluxationen s. Luxationen.
Finklersches Heilverfahren bei chirurgischer Tuberkulose (Oppenheim) 326.
Fistel, Rectovaginal-, hohe, Behandlung auf abdominalem Wege nach vorheriger Colostomie (Eden) 246.
—, sekundäre, und Narbenverengerungen nach traumatischen Schädigungen der männlichen Urethra, Behandlung der (Chironi fu Giovanni) 425.
Fistula umbilicalis, ausgehend von Tuberkulose des Schambeines (Kirmisson) 253.
Fixationsabsceß zur Behandlung puerperaler Infektion (Godart) 260.
Flaiani-Basedowsche Krankheit s. Basedowsche Krankheit.
Flexura sigmoidea s. a. Dickdarm.
— — s. a. Hirschsprungsche Krankheit.
— —, Diverticulitis der (Dunn) 300.
— — und Rectum, innere Prolapszustände der Schleimhaut der (Reizenstein) 159.
—Volvulus der (Mintz) 419.
Förstersche Anatomie und Physiologie der Radicotomie (H. Richter) 409.
Förster, van Gehuchtensche Operation wegen Littlescher Krankheit (De Beule) 350.
Foersters Operation, Erfahrung mit (Job) 30.
Fonio-Kochers-Koagulen zur Stillung parenchymatöser Blutungen (Mutzenbacher) 321.
— — —, Erfahrungen mit (Vogt) 324.
Forlaninis Methode s. Pneumothorax, artifizieller.
— Operation s. Pneumothorax.
— — — —, artifizieller.
Formalindämpfe zur Desinfektion von Handschuhen, Drains, Sonden, Fäden, Nadeln, Messern usw. (Pauchet) 274.
Fraktur, Abriß-, des Epicondylus medialis humeri (Broca) 394.
—, angeborene, Ostitis fibrosa bei (Stierlin) 431.
—, Basis-, Entleerung von Hirnsubstanz durch den Gehörgang bei (Delsaux u. Delstanche) 197.
— des Beckens (Lang) 431.
—Behandlung, orthopädische Ansichten über (Jones) 13.
— — mit autoplastischen Knochenspangen (Davison) 121.
— — an der Düsseldorfer Klinik (Schwers) 333.
— —, Grundprinzipien der (Carr) 191.
— — mit knöcherner Bolzung (Davison) 192.
— — von, mit Knochenplatten- und Knochennägelfixation (Brougham) 13.
—, mechanische Behandlung einiger (Peckham) 192.
— —, moderne (Whitall) 191.
— —, operative, mit besonderer Berücksichtigung des Plattenverfahrens (Edington) 405.
—, Comminutiv-, der Schädelknochen mit großem Verlust der Hirnsubstanz (Zona Rolandica) (Fummi) 197.
Fraktur, diacondyläre, des Femur: Osteosynthese (Rochet) 78.
— des Ellbogens (Sachs) 396.
— — —, kindliche, und Apparat nach Hackenbruch (Van Neck) 174.
— der Extremitäten, kriegsmäßige Improvisation von Extensionsverbänden bei (v. Saar) 193.
— der langen Extremitätenknochen, komplizierte (Estes) 334.
— der unteren Extremitäten, unsere Feldtrage als Transport- und Fixationsmittel bei (Weissenstein) 193.
— des Femur und des Collum femoris, Kniebügel bei Gehgipsverbänden in der Behandlung von (Waegner) 77.
— der Femurdiaphyse (Waegner) 76.
— des Femur bei der Geburt, Behandlung eines (Blair) 78.
— — — und Hüftgelenkverletzungen, Transportschiene für (Franz) 341.
— — —, Steinmannsche Nagelextension bei (Waegner) 77.
—, die nicht fest werden (Watkins) 192.
—, frische, Einpflanzen von Knochenspangen bei (Albee) 121.
— der Gelenke, Diagnose und Behandlung der (Erving) 191, (Kaisin-Loslever) 333.
— der Hüfte, Behandlung der (Cotton) 317.
— des unteren Humerusendes (Mauclaire) 75.
—, Einfluß der Hypophysenextrakte auf Heilung der (Marsiglia) 85.
— der Knochen, Diagnose und Behandlung der (Robertson) 191, (Wilder) 335.
— — — in Nähe der Gelenke (Murphy) 335.
— — —, doppeltes Hebelinstrument für offene Einrichtung der (Coerr) 194.
—, äußere Knochenschiene bei (Allen) 86.
— der Knochen, Zangenextension von (Schömann 191.
—, komplizierte, Komplikationen und Behandlung bei (Hughes) 334.
—, Kompressions-, und traumatische Erweichung des Mondbeines (Guye) 393.
—Korrektur mit Stahlplatten bei schwerer Dislokation (Benjamin) 121.
—, Kriegsschuß- (Laurent) 337.
—, Luxations-, des Humeruskopfes (Janz) 252.
— der Mittelfußknochen, einfache Pflasterbehandlung der (Szubinski) 80.
— der Patella, 79 Arthrotomien wegen (Delatour) 400.
— des unteren Radiusendes beim Kind (Vulliet) 253.
—, günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen-Reizdosen bei Heilung von (Fraenkel) 266.
— des Schädels (Gray) 196.
— der Schädelbasis, ein- und gleichseitige Nervus vagus- und Accessoriuslähmung und vollkommene Taubheit nach (Lüken) 275.
— des Schenkelhalses (Imbert) 76.
— — —, Behandlung der (Hull) 256.
— — —, Endresultate unblutig behandelter intrakapsulärer (Pohrt) 317.
—, Spontan-, nach Überanstrengungsperiostitis (Kolepke) 175.
— des Talus (Lang) 431.

Fraktur des Tuberculum maius humeri, isolierte, Bursitis subdeltoidea und Os acromiale secundarium in ihrer klinischen und praktischen Bedeutung (R. Maier) 316.
— des Unterkiefers (Carmody) 347.
— des Unterschenkels, intrauterine, und angeborene Pseudarthrose derselben (Wanietschek 400.
— der Wirbelsäule, latente (Boidi-Trotti) 279.
Fremdkörper in den Atmungswegen (Drosdoff) 355; (Wojatschek) 142.
— der Blase (Oglobin) 168.
— im Bronchus (Ssemjonowski) 359.
—Exstirpation aus dem Oesophagus (Feyo u. Castro) 356.
— der Leber, nach 23 Jahren entfernt (Barling) 232.
—, radiographische Lokalisationsmethode von (Hirtz) 87.
— (Phytotrichobezoar) im Magen (Treplin) 374.
— (Nadel), Durchwanderung durch die Magenwand (O. C. Smith) 291.
— des Oesophagus (Jurinac) 357.
— — —, Röntgendiagnose von (Charlier) 96.
— in der Orbita (Shurawljeff) 138.
— (Kugel) im Perikard (Armstrong) 149.
— im Rectum (Fowler) 422.
— der unteren Trachea (Stucky) 94.
Freundsche Operation bei Lungenemphysem (Michailowa) 148, (Peiser) 211.
F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose; Erfahrungen über 50 Fälle (Karewski) 183, (Mühsam u. Hayward) 183.
— Heil- und Schutzmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose (Brauer) 403; (Friedmann) 83; (Rabinowitsch) 84; (Wichmann) 84.
— und Pfannenstillsche Methode der Behandlung der Larynxtuberkulose (Sobernheim) 206.
Fulgurationsbehandlung inoperabler Carcinome im Bereiche des Mundes (Lotheissen) 279.
Fuß s. a. Pes, Hohl-, Klump-, Platt-, Spitzfuß.
—, subfasciales Lipom des, mit Zeichen einer Ischias (Casali) 80.
—, Gangrän des, nach Schußverletzung der Arteria poplitea (John) 256.
— und Unterschenkelverletzungen, Gipsverband bei (Drott) 131.

Gallenblase s. a. Ductus choledochus.
— und Ductus choledochus, Anatomie und Physiologie der, und Bildung von Gallensteinen (Anderson) 233.
—Entzündung s. Cholecystitis.
—Exstirpation, über häufige Beschwerden nach (Graff u. Weinert) 379.
—Infektionen, Behandlung der (Gibbon) 303.
—Inhalt, bei Operationen gewonnener, zur Feststellung von Typhusbacillendauerträgern (Mayer, O.) 61.
— und Nierenschädigungen, gleichzeitig bestehende (Eliot, jr.) 160.
Gallengang, obliterierter, Gummirohr für die Wiederherstellung eines, Hepatico-Duodenostomie (Mann) 160.
Gallensteine s. a. Cholelithiasis (Hertz) 233.
Gallenstein-Chirurgie (Schulz) 303.
—Erkrankungen (Hamilton) 61; (Chauffard) 233.
—Fall, komplizierter (Willis, Smith, F. A.) 61.
—, Mahnung zur Frühoperation der, auf Grund von Obduktionen (Hubbard) 423.
—Ileus (Wickenden) 229.
Gallenwege, Abnormitäten der (Oehler) 302.
—, biliäre Peritonitis ohne Perforation der (Machefer) 40.
—, Pfropfung von Venenstücken auf die (Danis) 160, 302.
Gallertcarcinom einer Urachuscyste (Pende) 216.
Ganglion Gasseri, Alkoholinjektionen ins, zur Behandlung der Nervus trigeminus-Neuralgie (Camp) 275.
Gangrän, diabetische, arteriovenöse Anastomose bei (Kerr) 398.
— des Fußes nach Schußverletzung der Arteria poplitea (John) 256.
—, Kälte- (Lenormant) 108.
— des Meckelschen Divertikels (Jakubowski) 369.
— und Nekroseformen (Wieting) 392.
Gastrische Krisen, Vagotomie bei (Exner) 350.
Gastritis, diffuse phlegmonöse idiopathische (Daretti) 222; (Emge) 291.
Gastroenterostomie, Circulus vitiosus nach, mit kürzester Schlinge, beseitigt durch folgende Jejuno-Jejunostomie mittels Murphyknopf (J. Smyth) 156.
—, Fall von Cholecystogastrostomie mit (Sakljaroff) 378.
—, Dauerresultate nach (Ssawkoff) 369.
— und Enteroanastomose ohne vorausgehende Eröffnung der Schleimhaut (Radulesco) 157.
—, Indikationen und Resultate (Maugeais) 45.
—, seltene postoperative Komplikation nach (Decker) 45.
— und Magenhypertonie (Mallory) 372.
—, Normalverfahren bei Magengeschwür (Kuttner) 43.
—, offene, Funktion der, in Fällen von durchgängigem Pylorus (Hartmann) 226.
—Technik (Rosenstein) 367.
Gastrojejunostomia transmesocolica posterior, Technik der (Angélesco) 227.
Gastroptose, chirurgische Behandlung der (Beyea) 41.
Gaumenmandeln s. Tonsillen.
Gebärmutter s. Uterus.
Geburtsfraktur des Femurschaftes, die Behandlung von (Blair) 78.
Geburtslähmungen, Verletzungen des oberen Humerusendes bei (Peltesohn) 252.
Gefäß-Naht bei Transfusion; Erleichterung der Operation der (McGrath) 258.
—Unterbindungen zur Mobilisierung des Kolon bei Rectumexstirpation (Schwartz, Cruet) 58.
—Versorgung der Sehnen (Rau) 178.
Gehgipsverbände, Kniebügel bei, in der Behandlung von Oberschenkel- und Schenkelhalsbrüchen (Bauer) 77.
Gehirn s. a. Hirn, Großhirn u. Kleinhirn.
—Hautentzündung s. Meningitis.
—Nerven, Degeneration der, und muskuläre Dystrophie mit multiplen kongenitalen Osteochondromen (Boggs) 89.

Gehirn-Störungen infolge Blutgefäßveränderungen, Rolle der Carotiden bei (Hunt) 26.
Gehörgang, äußerer, und Mittelohr, Lokalanästhesie bei Operationen am (Linck) 360.
Geistesstörungen bei Basedowscher Krankheit (Leggett) 209.
Geistige Funktionen, Einfluß von Strumaoperationen auf (Bainbridge) 33.
Gelenk-Ankylosen, blutige Therapie der (Putti) 111.
— —, operative Mobilisierung von, mit Berücksichtigung des späteren Schicksals der Arthroplastik (Payr) 247.
— —, Mobilisation durch Fascientransplantation (Durante) 249.
—Entzündung s. Arthritis Arthritiden.
—Erkrankungen, tabische, Unfallbegutachtung und Behandlung (Oehlecker) 72, 430.
—Frakturen, Diagnose und Behandlung der (Erving) 191.
—Kapselchondrome (Troell) 112.
—, Knochenfrakturen in Nähe der (Murphy) 335.
— und Knochentuberkulosen, Behandlung der (Cayre) 109.
—Körper, Entstehung der freien, und Beziehung zur Arthritis deformans (Axhausen) 110.
—Krankheiten, Behandlung (Beck) 390.
— —, chronische, intestinal-toxische, atrophische und hypertrophische Arthritis (Marshall) 314.
— —, chronische, innere Sekretion und Pathogenese der (Massalongo) 173.
— —, Jodoformöl bei (Brackett) 390.
—Plastik bei knöcherner und fibröser Ankylose des Kiefergelenks (Murphy) 347.
— —, Technik der, des Schultergelenks (Brown) 74.
—Prozesse, Erfolge der Radiumbehandlung bei (Chailzis) 249.
—Transplantation bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenkes; trotz Infektion gutes Resultat (Turner) 174.
—Tuberkulose s. Tuberkulose der Gelenke.
Genital-Apparat, Beziehungen der Appendix zu Krankheiten des (Fabricius) 230.
—Prolaps, Behandlung des (De Beule) 108, (De Vreese) 108.
— —, hohe Portioamputation und Vaginaresektion beim, Indikationen und Erfolge der Bouillyschen Operation (Lenormant u. Petit-Dutaillis) 388.
Geschlechts-Drüsen, Einfluß der, und der Thyreoidea auf experimentell erzeugte Geschwülste (Jowleff) 117.
— und Hautkrankheiten, Lehrbuch der (Lesser) 113.
—Organe s. Genitalien.
Geschosse, spätere Entfernung von, aus der Schädelhöhle (Mingazzini, Alessandri) 88.
—, Kriegs-, nervöse Erscheinungen infolge Fernwirkung von (Laurent) 193.
Geschwulst, Geschwülste.
Geschwülste s. a. die einzelnen Geschwulstarten wie Carcinom, Sarkom usw.
— (Neuroblastome) (Wahl) 205.
— (Carcinom), Abderhaldensches Dialysierverfahren bei (Darydoff) 119.
Geschwülste (Carcinom) Abderhaldensche Reaktion der (Schumkowa, Trubina) 331.
— des Abdomens, zentrale, Abart von (Lejars) 216.
—, Ätiologie der bösartigen (Abrikossoff) 118.
— der Appendix (Carcinom und Carcinoid) (Abrikossoff) 55, (Hada) 299.
— (Sklerome) der Atmungswege als Ursache für Stenose (Wojatschek) 142.
— (Gliom) des Balkens und des linken Parietallappens mit doppelseitiger Apraxie, Tod nach Lumbalpunktion (Laignel-Lavastine u. Lévy Valenti) 277.
—, Bedeutung der, im Tierreich (Sykoff) 116.
— (Carcinom) Behandlung, biologische (Francis) 12.
—Behandlung (Carcinom) nicht operative (Allmann) 12, 266.
— (Carcinom) Behandlung mit Radium (Jazeway) 188.
— (Carcinom), Behandlung mit Röntgenstrahlen (Fowler) 405, (Haendly) 187.
— der Bindesubstanz der Tränendrüse (Haslinger) 139.
— der Blase (Bollag) 105, (Gorasch) 242.
— — —, Behandlung mit Hochfrequenzströmen (Oraison) 311.
— — —, blutstillender Wert der Elektrokoagulation bei (Desnos) 311.
— — —, Heilung durch Sectio alta (Cifuentes) 169.
— — — und Prostata, Behandlung mit Radium (Le Fur) 383.
— — — (Papillome) mit Sitz in der Uretermündung, Exstirpation umfangreicher (Rolando) 67.
— (Carcinom), Veränderung des Blutserums bei (Krym) 11.
—, bösartige, Ätiologie und Diagnose (Weichselbaum) 265.
— —, allgemeine Veranlagung des Organismus für (Korentschweski) 10.
— —, anatomischer Bau und Entwicklung von (Nikiforoff) 11.
— —, Behandlung mit kolloidalen Glyko-Schwefel-Selen-Präparaten (Walker) 189.
— —, Behandlung von, mit Radium (Abbe) 265.
— —, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Kotzenberg) 189.
— — und chronische Entzündungsprozesse, ihre Beeinflussung durch kolloide Metalle (Knauer) 333.
— — und entzündliche, Resektion des Coecums bei (Jankowski) 418.
— —, der Nasenhöhlen und des Hypopharynx (Ferreri) 139.
— —, nichtoperative Methoden bei Behandlung von (Nemenoff) 190.
— —, biologische Reaktion bei (Wargassowa) 118.
— der Blase, Resultate der operativen Behandlung der (Stammler) 168.
—, bösartige, der ersten Rippe und des Schlüsselbeines (Fort) 315.
— —, Serodiagnostik der (Hara) 332.
— —, der Subclaviculargegend; Branchiom 251.
— —, (hauptsächlich carcinomatöse), Verhalten von Sudan III und Scharlachrot zu (Kuschbaloff) 120.

Geschwülste, bösartige, über die Vererbung von (Lindemann) 10.
—, chronisch entzündliche, im Nasenrachen (Fein) 139.
— der Clavicula (Gimbel) 111.
— des Darmes (Lipome), zur Kasuistik (Hengstenberg) 59.
— des Dickdarms (Spisharny) 421.
— des Dickdarms, bösartige (Rectum ausgenommen) zur Chirurgie der (Welter) 302.
— (Carcinom) des Dickdarms, Ovariengeschwülste vortäuschend (Kubinyi) 418.
—, endokrine, der Appendix (Gosset, Masson) 101.
— (Carcinom) Entstehung durch Petroleum- und Kohleprodukte (Davis) 187.
—, epitheliale, im rectogenitalen Zwischengewebe beim Weibe, Beitrag zur Pathologie des Gärtnerschen Ganges (Buncke) 388.
— (Carcinom) Erkrankungen in Rußland, Statistik der (Goworoff) 121.
— (Carcinom), experimentelle (Tschitschkin) 118.
—, experimentell erzeugte, Einfluß der Geschlechtsdrüsen und der Thyreoidea (Jowleff) 117.
— (Myelome), vier Fälle von (Kahn) 190.
— des Fußes (subfasciales Lipom), mit Zeichen einer Ischias (Casali) 80.
— der Gelenkkapsel (Chondrome) (Troell) 112.
— des Gesichts (Naevi pigmentosi pilosi), chirurgische Behandlung von (Jiano) 88.
—Gewebe außerhalb des Organismus, Wachstum des (Wassiljeff) 117.
— und Gewebeveränderungen nach Strahlenbehandlung (v. Hansemann) 195.
— (Angiome) der Glieder, tiefgelegene schmerzhafte (Kirmisson) 389.
— des Halses, bösartige (Horsley) 351.
— — —, Nervus vagus-Verletzungen bei Exstirpation von (F. Weber) 350.
— (Lymphosarkom) des Halses, chirurgische Entfernung kombiniert mit Röntgen- und Radiumbehandlung (Bégouin) 205.
— (Carcinom) der Haut, mit Kupfer und Quarzlampe geheilte Fälle von (Weiss) 342.
— (Carcinom) der Haut, Radiumbehandlung mit Einzel- oder Massivdosen (Clark) 189.
— (Carcinom), Heredität bei (Warthin) 84.
— (Gliosarkom) des Hirns (Humes) 200.
— des Hirns, Bedeutung der amnestischen und transcorticalen motorischen Aphasie für Lokaldiagnose, besonders von (Stertz) 197.
— — —, operative Behandlung der (Pussep) 198.
— — —, sensitive partielle Epilepsie bei (André-Thomas) 408.
— — —, Tod nach Lumbalpunktion (Laignet-Lavastine u. Lévy-Valensi) 277.
— — —, einige Resultate der Palliativbehandlung der Stauungspapille bei, Lumbalpunktion, Dekompressivtrepanation, Balkenstich (Dutoit) 199.
—, Hirn-, des 4. Ventrikels mit Glykosurie (Stringer) 277.
— (Carcinom), Wirkung von Hitze auf (Percy) 188.
— (Carcinom) der Hoden (Georgesco u. Savesco) 171.
Geschwülste der nicht herabgestiegenen Hoden (doppelseitiges Sarkom) (Smith) 69.
— (Sarkom) Hühner-, histologische Variationen einer, mittels filtrierbaren Agens erzeugt (Rous) 332.
— (Sarkom) des Humerus, Exarticulatio interscapulo-thoracica wegen (Soubeyran) 173.
— der Hypophyse (Eason) 345.
— der Hypophyse ohne Akromegalie (Nagoya) 137.
— des Hypophysengangs (Harms) 200.
— (Teratom) der Hypophyse und Polydaktylie, Beitrag zum Studium der morphogenetischen Einflüsse von Drüsen mit innerer Sekretion auf die Organogenese (Bertolotti) 345.
— der Hypophysen, Trepanation bei (Bourgnet, Dansan) 91.
—, Immunität gegen bösartige (Braunstein) 118.
— (Carcinom) inoperable, beste Methoden, ihr Fortschreiten aufzuhalten (Percy) 188.
— (Carcinom) Kachexie in biochemischer Hinsicht (Kepinoff) 119.
— des Kehlkopfes (multiple Papillome) (Decherd) 94; (Stucky) 94; (Barth) 282.
— (Sarkom) des Kleinhirns und der Brücke (Borzekowska-Lewin) 27.
— des Kleinhirnbrückenwinkels, doppelseitig (Bretschneider) 27.
— des Kleinhirns und neue Naht zur Beherrschung der Hautblutung (Griess) 136.
— der Knochen, bösartige, neue konservativ-operative Behandlungsmethode (Wenglowski) 251.
— des Kolons (Carcinom) und Enteritis (Schwartz) 103.
— (Sarkome) der Leber, primäre, und bessere klinisch-anatomische Erkennung der Leberneubildungen (Pisano) 304.
— (Sarkom) des gastrokolischen Ligaments (Galpern) 369.
— des Ligamentum rotundum, extrapelvische (Beccherle) 429.
— der Lippe, zusammengesetzte oder fibroepitheliale (Martin) 202.
— (Carcinome) der oberen Luft- und Speisewege, Behandlung mit Radium- und Mesothoriumbestrahlungen (Albanus) 352.
— von Mäusen, subcutane und in Organen infiltrierend wachsende, Chemotherapie der, und Methode und Technik zur Züchtung infiltrativer Mäusegeschwülste (Keysser) 329.
— (Carcinom) des Magens (Franck) 227.
— (Sarkom) des Magens (Frazier) 296.
— (Carcinom) des Magens mit akutem Anfall, Frühsymptome bei (Goodman) 416.
— des Magens (Carcinom), zur Diagnose des (Carter) 46.
— (Carcinom) des Magens mit besonderer Hinsicht auf frühzeitige Erkennung (Hasenfeld) 373.
— — —, Glycyltryptophanreaktion bei (Hauschild) 296.
— (Carcinom) des Magens und Magengeschwür, Verdauungsleukocytose bei (Bonhoff) 371.
— des Magens (Sarkom), primäre (Schiller) 101.
— — — (Carcinom), Prognose (Anschütz) 46.

Geschwülste (Carcinom) des Magens, Resultate eines 17jährigen Kampfes gegen (Derjushinski) 367.
— (Carcinom) des Magens, Röntgendiagnostik der (Nemenoff) 152.
—, maligne, Kehlkopfexstirpation bei (Sargnon) 94.
— der Mamma (Carcinom) (Beall) 37.
— — — (Howard) 356.
— — — (Epitheliom) (Laurenti) 37.
— — —, klinisch zweifelhafte, Diagnosenstellung der (Hadley) 284.
— (Carcinom) der Mamma, Nematoden. und andere Parasiten bei; Nematodenbefunde bei Kontrolluntersuchungen (Paulsen) 209.
— (Carcinom) der Mamma, Statistik von, im Michiganstaat während der letzten 25 Jahre (Van den Berg) 209.
— des Meckelschen Divertikels (Cylindrom) (Kaspar) 50.
— (Carcinom) der Meibomschen Drüsen (Pokrowski) 139.
— (Carcinom) der Meningen, latente (Eichhorst) 344.
— (Cystom) multilokuläres, der männlichen Harnblase (Heineke) 383.
— (Carcinom) des Mundes, inoperable, Behandlung mit Fulguration (Lotheissen) 279.
— der Muskeln (Angiome) (Serra) 79.
— (Adenome) des Nabels (Guibé) 363.
— (Lipom) des Nebenhodens (Wildbolz) 245.
— der Niere (González u. Pascual) 166.
— — — und doppelseitige Nephrolithiasis (Nogier, Reynard) 65.
— der Niere (Carcinom), primäre (Jelenewski) 65.
— (Osteofibrom) des Oberkiefers (Kankelwitz) 201.
— (Cysten) des Oberkiefers, palatinal gewachsene (Hesse) 347.
— der Occipitallappen, Symptomatologie der (Beving) 27.
— (Leiomyome) von Oesophagus und Kardia (Milovanovit) 210.
— (Carcinom) des Oesophagus, neue Technik der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose von (Bassler) 356.
— (Carcinom) der Orbita, unter Erhaltung des Auges operierte (Rollet) 201.
— der Ovarien vorgetäuscht durch Dickdarmcarcinom (Kubinyi) 418.
— (Carcinom) des Pankreas (Chavannay u. Guyot) 163.
— (Carcinom) des Penis, Nierenruptur (Greensfelder) 245.
— der Pleura, primäre bösartige, Diagnostik der (Grossmann) 211.
— (Neurom) des Plexus brachialis mit Wurzellähmungen (v. Gaza) 251.
— (Carcinom) der Prostata (Neuber) 69.
— (Osteome) des Psoas, multiple, Diagnose allein durch Röntgenstrahlen (Marie u. Escaude) 255.
— (Carcinome), Radiumtherapie in der Behandlung tiefsitzender (Bayet) 120.
— (Carcinom) des Rectums, Behandlung durch abdomino-perineale Exstirpation (Pauchet) 418.
Geschwülste des Rectums (Polyposis und Carcinom), hereditäre Beziehungen zwischen (Jüngling) 59.
— — —, zottige (Goebel) 159.
— (Cyste), retroperitoneale (Rimann) 361.
— (Sarkom), Rundzellen-, beider Nieren, primäre (Schwers u. Wagner) 386.
— der Schilddrüse (Carcinom), Hautmetastasen einer. (Fillié) 145.
—Serodiagnostik (Carcinom) mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens (Blackstein) 185.
— (Osteome) der Stirnhöhle (Zumbasch) 346.
— (Carcinom) -Studien, diagnostische und therapeutische (Stammler) 331.
— (Carcinom) der Trachea, primäre (Oppikofer) 282.
— (Gallertcarcinom) einer Urachuscyste (Pendl) 216.
— (Carcinom) der Urethra, Technik bei Excision der (Stark) 169.
— (Carcinom) der Urethra und Scheide, inoperable, Heilung durch Radiumbehandlung (Leguen u. Chéron) 247.
— (Carcinome und Myxosarkome) der weiblichen Urethra (Watson) 386.
— (Carcinom) des Uterus, therapeutischer Wert der Röntgenstrahlen und radioaktiven Substanzen bei, mit pathologischen Untersuchungen (Rubin) 313.
— des Uterus, Struma und Basedowsche Krankheit (Ebsner) 171.
— (Carcinom) des Uterus, Tuberkelknötchen in der (E. Schmidt) 387.
— (Carcinom) der Vulva und Strahlenbehandlung (A. Winkler) 172.
— (Hypernephrom), Wirbelmetastasen nach (Harttung) 308.
Geschwür, Geschwüre s. Ulcus.
Gesichts-Masken, Wert von, während der Operation (Candler) 22.
—Plastiken, operative, Beitrag zum Studium der (Dibernardo) 342.
Gewebe- und Geschwülsteveränderungen nach Strahlenbehandlung (v. Hansemann) 195.
—Spezifität, Studien über (Murphy) 323.
Gicht, Studien über (Marshall) 314.
Gips-Gehverband bei Unterschenkel- und Fußverletzungen (Drott) 131.
—Verband, redressierender, zur Behandlung der Skoliose (Scheuermann) 348.
Girus angularis, ausgebreitete Verletzung des, mit Seelenblindheit; späte Trepanation nach Kopfschuß; vollständige Genesung nach einem Jahre 345.
Glandula parathyreoidea s. Nebenschilddrüse.
— pinealis s. a. Zirbeldrüse.
— — s. Zirbeldrüse (Pellegrini) 90.
Glasbougies, Dilatation mit, bei Lupusstenose des Kehlkopfes (Van de Calseyde) 93.
Gleitbruch, Dickdarmhernie mit besonderer Berücksichtigung des (Moschowitz) 219.
Gliedmaßen, Aneurysma cirsoides an den (Perra-Abrami) 70.
—, untere, Umfangsunterschiede an den (Faber) 396.

Gliom des Balkens und des linken Parietallappens mit doppelseitiger Apraxie, Tod nach Lumbalpunktion (Laignet-Lavastine u. Lévy-Valensi) 277.
Gliosarkom des Hirns (Humes) 200.
Glucks Methode in 3 Fällen von totaler Larynxexstirpation unter Lokalanästhesie (Botey) 207.
Gluzinskische Probe bei Diagnose des Magengeschwürs, Bedeutung der (Nicolaysen) 292.
Glycerininjektion zur Beseitigung von Ureterstein (Perrier) 167.
Glyco-Schwefel-Selen-Präparate, kolloidale, zur Behandlung bösartiger Geschwülste (Walker) 189.
Glycyltryptophanreaktion beim Magencarcinom (Hauschild) 296.
Glykosurie bei Hirngeschwulst des 4. Ventrikels (Stringer) 277.
Goldmannsche Methode der Operation des pharyngo-oesophagealen Pulsionsdivertikel (Albrecht) 357.
Golgisches Fasernetz im Nierenepithel nephrektomierter Tiere, Veränderungen des (Basile) 306.
Gonorrhöe und ihre Komplikationen, Behandlung mit Vaccine (Turutiner) 428.
Gonorrhoische Achillodynie (Mezö) 431.
— und syphilitische Krankheiten des Bewegungsapparates (G. Müller) 388.
Granula der Leberzellen, sauerstoffatmende, und Empfindlichkeit der Sauerstoffatmung gegenüber indifferenten Narkotica (Warburg) 270.
Granulom, bösartiges, s. a. Lymphogranulomatose.
— —, bakteriologische Befunde bei (Verploegh, Kehrer, v. Hoogenhuyze) 115.
— malignum (Bertels) 11.
Gravidität s. a. Schwangerschaft.
—, Komplikation der Appendicitis mit (Serck) 101.
—, Mammahypertrophie in der (Huguier, Lorrain) 96.
Griechisch-bulgarischer Krieg 1913, kriegschirurgische Eindrücke (Otto) 15.
Großhirn s. a. Hirn.
—Hemisphären, Totalexstirpationen einer und beider, an Affen (Macacus rhesus) (Karplus) 133.
—Reizung, Verhalten des Orbicularis oculi nach (Bikeles, Ibyszewski) 89.
—Veränderungen bei perniziöser Anämie (Schröder) 26.
Grossichsche Jodtinkturdesinfektion, modifizierte (Reich-Brutzkus) 22.
Gumma der Orbita (Oretschkin) 138; (Werner) 346.
Gummi-Ballon zur Kompression der tuberkulösen Lunge, experimentelle Beiträge (Maisel) 412.
—Rohr für die Wiederherstellung eines obliterierten Gallenganges, Hepatico-Duodenostomie (Mann) 160.
Gummöse Affektion der Trachea, tracheoskopische Diagnose (Nikolski) 32.
Gundu in Neu-Guinea (Wick).
Gynäkologe, chirurgische Kenntnisse des (Engelmann) 312.
Gynaekomastie s. Mamma.
Gynomastie oder Mammavergrößerung bei Männern (Berlatzky) 146.
Gyrus frontalis inferior, neues Verfahren zur Aufsuchung der Pars opercularis des (Marchesi) 196.

Hackenbruchs Apparat und kindliche Ellbogenfrakturen (Van Neck) 174.
Hacken-Fuß, Entstehung und Behandlung des (Böcker) 399.
— — oder Klumpfuß (Cooley) 80.
Hämatom, subphrenisches, der Milz entstammend (Souligoux) 103.
Hämatomyelie, traumatische, ohne Wirbelverletzung (Claude, Loyez) 140.
Hämatoporphyrinogen-Ausscheidung im Harn (Rodelius u. Schumm) 239.
Hämoglobinurie s. Hämophylie.
Hämophilie s. a. Bluter.
—, familiäre, Einspritzungsgefahr bei der Behandlung mit Pepton Witte (Lereboullet, Vaucher) 2.
Hämoptöe bei pleuro-pulmonaler Eiterung, Heilung durch artifiziellen Pneumothorax (Leuret u. Aubert) 359.
Hämorrhagie s. a. Hämophylie.
—, cerebrale, Koma bei; druckentlastende Trepanation auf gesunder Seite (Marie u. Léon-Kindberg) 197.
Hämorrhoidalknoten, innere, Behandlung mit Ball's Operation (Zobel) 232.
Hämorrhoiden, Ätiologie und Behandlung (A'Idor) 418; (Suárez) 378.
—, latente, Pruritus ani bei (Matignon) 378.
Hände s. Hand.
Hallux valgus, doppelseitiger, und symmetrische Mißbildung der Hände (Roederer) 75.
Hals-Geschwülste, bösartige (Horsley) 351.
— —, Nervus vagus-Verletzungen bei Exstirpation von (F. Weber) 350.
—, Lymphosarkome des, chirurgische Entfernung kombiniert mit Röntgen- und Radiumbehandlung (Bégouin) 205.
—, Nervus phrenicus-Lähmung nach Novocaininjektionen am (Manninger u. Borowski) 406.
—Phlegmone und -Abscesse (Mauclaire) 205.
—Rippen, Übergangsform der (Dupre) 410.
—Venen des Menschen, anatomische Untersuchungen über die (Chérié-Ligniére) 141.
—Wirbelsäule s. Wirbelsäule.
— —, Beitrag zur seitlichen radiographischen Aufnahme der (Pesci) 279.
Hand, fast vollständig abgeschnittene, Wiederanheilung mit guter Funktion (Schloessmann) 394.
—Desinfektion s. Desinfektion.
— —, Anwendung von Wasserdampf zur (Costa) 130.
—Desinfektionsmittel, Festalkol als (Laubenheimer) 130.
—Deviation (Heimanowicz) 396.
—, perilunäre Dorsalluxation der, und deren unblutige Reposition (Lettmacher) 316.
—Enchondrome, homoplastische Knochentransplantation bei (Oehlecker) 396.

Hand-Krankheit (Krankheit der Sehnen der Hohlhand) und Gewalteinwirkung, ursächlicher Zusammenhang zwischen (Hilgermann) 175.
—, symmetrische Mißbildung der, und doppelseitiger Hallux valgus (Roederer) 75.
—, Radiokinematographie der Pronation und Supination der, und des Vorderarms (Privat-Garilhe) 75.
—, Reinigung der (Bechhold) 129.
— resp. Vorderarme bei Neugeborenen, Supinations-Extensionsbehinderung der (Chrysospathes) 395.
Harn-Ableitung, suprapubische, bei Behandlung von Urethrazerreißungen (Barlier u. Gérard) 385.
— — bei Resektion der Urethra (Klopfer) 424.
—Acidität bei Tuberkulösen (Labbé u. Vitry) 385.
—Apparat, neueste Ergebnisse in der Chirurgie des (Walker) 236.
—Blase s. a. Blase.
— —, männliche, multilokuläres Cystom der (Heineke) 383.
— —, menschliche, Muskulatur der (Péterfi) 240.
— — und Urethra-Spalte, angeborene, Heilung der (Dünkeloh) 241.
—Eiterungen s. Pyelitis.
—, Hämatoporphyrinogenausscheidung im (Rodelius u. Schumm) 239.
—Kryoskopie und Phenolsulfophthaleinprobe im Dienste der Nierenfunktionsprüfung (Goldberg) 426.
—Leiter s. Ureter.
—Organe, obere, therapeutische Indikationen bei Steinkrankheiten der (Janssen) 166.
— —Tuberkulose s. Tuberkulose.
—Röhre s. Urethra.
—Stoffabsonderungskonstante s. Ambardsche Konstante.
—Stoffausscheidungskonstante s. Ambardsche Konstante.
—Stoffmenge im Blut, Bestimmung der, zur Prognose des Verlaufes chronischer Nephritiden; Untersuchungen über Ambardsche Konstante (Widal, Weill u. Vallery-Radot) 237.
— Tuberkulöser, prognostischer Wert der Permanganatreaktion nach Weiss im (Vitry) 310.
—Wege s. a. Niere.
— —, kindliche, 5 verschiedene klinische Bilder von akuter Coliinfektion der (Gordon) 238.
— —, Radiographie in der Chirurgie der (Eisendrath) 164.
Harzlösungen (Finck) 273.
Hasenschartenoperationen, zweckmäßige Modifikation des Heftpflasterverbandes bei (Hagemann) 347.
Haut-Blutung bei Schädeloperationen, neue Naht zur Beherrschung der (Griess) 136.
—Carcinome, Behandlung der (Gaucher) 328.
— —, Radiumbehandlung mit Einzel- oder Massivdosen (Clark) 189.
— —, tiefgreifendes, Röntgenbehandlung von (Wichmann) 328.
—Desinfektion s. a. Desinfektion.
— — (Bechhold) 129.
— — mit Alkohol (Vannier) 22.
Haut-Desinfektion, Anwendung von Wasserdampf zur (Costa) 130.
— und Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der (Lesser) 113.
—Naht, Catgut als (Nicolson) 339.
—Neurofibrome, multiple (Schoonheid) 328.
—Reaktion auf Serum bei Tuberkulose, Wert der (Bronfenbrenner) 115.
—Reizung durch Röntgenstrahlen, Schutz der Kranken gegen (Ledoux-Lebard) 407.
—Sensibilisierung durch Bakterienprodukte (Grosz u. Volk) 328.
—Stellen, tuberkulöse, ihre Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin (Koch, Schiller) 8.
—Tuberkulose s. Lupus.
—Veränderungen nach Tuberkulinsalbeneinreibungen (Moro) in Beziehung zum Lichen scrophulosorum (Tschilin-Karian) 327.
Hedonal-Narkose s. a. Narkose.
— —, intravenöse (Pirrung) 128.
Heftpflasterverband, bei Hasenschartenoperationen, zweckmäßige Modifikation des (Hagemann) 347.
Heine-Medinsche Krankheit s. Kinderlähmung.
Heliotherapie bei tuberkulösen Affektionen (d'Oelsnitz) 391.
—Erfolge im Hochgebirge bei Tuberkulosen der Hand (Hüssy) 395.
— am Meere im Kongresse von Cannes (Gaujoux) 183.
— — — von abdominaler Tuberkulose, insonderheit von Peritoneum und Coecum (Armand-Delille) 182.
— bei chirurgischer Tuberkulose (Pascal) 263; (Trèves) 388.
— an der See bei Tuberkulose der Baucheingeweide; Urogenitalapparat (Revillet) 362.
— und operative Freilegung der Krankheitsherde (Grinda) 390.
— bei chirurgischer Tuberkulose im Krankenhaus Bouville bei Berck-sur-Mer (Audion) 182.
Hemianopsie des Tractus (Stern) 134.
—, traumatische, bei Basisfrakturen (Cestan, Fabre) 137.
Hepatico-Duodenostomie, Gummirohr für Wiederherstellung eines obliterierten Gallenganges (Mann) 160.
Hernia s. a. Gleitbruch.
— der Appendix und des Coecums (Lionti) 220.
—Bildung, zwei bemerkenswerte Fälle von (Corlette) 290.
— cruralis incarcerata, vorgetäuscht durch Varixknoten der Vena saphena (Coopernail) 318.
— —, Radikaloperation mittels gestielten Fettlappens (Chaput) 221.
— —, Radikaloperation auf inguinalem Wege (Hayem) 151.
— diaphragmatica (Hamant u. Thiébaut) 218; (Peters) 413.
— — und Eventratio (Hildebrand) 364.
— des Dickdarms mit besonderer Berücksichtigung des Gleitbruches (Moschowitz) 219.
— und Hydrocele communicans als Ursachen der Dienstuntauglichkeit (Pleteneff) 151.

Hernia inguinalis und chronische Appendicitis (Veau) 290.
— — und femoralis, interessante Punkte bei (Darling) 99.
— —, incarcerierte Behandlung nach Reposition en masse (Pauchet) 99.
— —, incarcerierte linksseitige, mit Blinddarm und Appendix als Bruchinhalt im frühen Kindesalter (Tscherepnin) 221.
— —, künstliche, während der Operation als solche erkannte (Fedoroff) 219.
— — und Lokalanästhesie (Allen) 194.
— inguino-superficialis femoralis, mit Ektopie des Hoden nach der Schenkelgegend (Crucillà) 221.
—Inhalt, zwei Fälle von Meckelschem Divertikel als (Gamolko) 370.
— bei Kindern, Radikaloperation (Novaro) 151.
— der Muskeln (Frischberg) 112.
— subumbilicalis der Linea alba, postoperative (Imbert u. Zwirn) 364.
— supravesicalis externa (Steimker) 41.
— umbilicalis und Ektomie von Fett (Lathrop) 219.
— — bei Kindern (Léo) 151.
—, Unfalls- (Pisenti) 219.
— ventralis lateralis (Steimker) 41.
— —, sehr große, weitere Erfahrungen mit der Einstülpungsmethode bei Behandlung von (Haynes) 290.
—, W-förmige, retrograde Darmeinklemmung bei der (Welsch) 99.
Herz-Beutel s. Perikard.
— und Herzbeutel, anatomisch-chirurgische Bemerkungen zur direkten Behandlung der Verwachsungen zwischen (Delorme) 360.
—Klappenfehler, chirurgische direkte Behandlung der (Pieri) 287.
— und Leberblutungen, Stillung durch frei transplantierte Muskelstücke (Läwen) 361.
—Naht, Fernresultate einer wegen Pistolenschußverletzung vorgenommenen (Proust) 287.
—Verletzungen, chirurgische Behandlung der (Bruchi) 412.
—, Verlust der beim Übergang aus der horizontalen zur aufrechten Körperhaltung normalerweise eintretenden Vertikalverschiebung, und adhäsive Perikarditis (Achelis) 360.
—Wunden, Naht der (Lenormant) 413.
Hexal, neues Blasen-Antisepticum (Grünbaum) 168.
Hinterhauptsverletzungen, traumatische, mit folgender Blindheit (Newmark) 27.
Hirn s. a. Großhirn und Kleinhirn.
—Abseeß, Diagnose und Behandlung des (Sharpe) 135.
— —, multipler, otogenen Ursprungs (Geschelin) 135; (M. Maier) 344.
— — otitischen Ursprungs, paradoxale Fälle von (Wojatschek) 198.
—, Methode der reizlosen Ausschaltung am, und Theorien der physiologischen Hirnpathologie (Trendelenburg) 196.
—Blutung, Trepanation in Fällen von (Hamill) 344.
Hirn-Brüche und Kiefergelenkankylosen, Frage der Verwendung der freien Autotransplantation bei (Istomin) 196.
—Cyste ohne Herdsymptome (Turnbull) 198.
—Geschwülste, Bedeutung der amnestischen und transcorticalen motorischen Aphasie für Lokaldiagnose, besonders von (Stertz) 197.
— —, operative Behandlung der (Pussep) 198.
— —, sensitive partielle Epilepsie bei (André-Thomas) 408.
— —, Tod nach Lumbalpunktion (Laignet-Lavastine u. Lévy-Valensi) 277.
— —, einige Resultate der Palliativbehandlung der Stauungspapille bei Lumbalpunktion, Dekompressivtrepanation, Balkenstich (Dutoit) 199.
— — des 4. Ventrikels mit Glykosurie (Stringer) 277.
—, Gliosarkom des (Humes) 200.
—Krankheiten s. a. Hypophysis, Zirbeldrüse.
—Physiologie (Trendelenburg) 131.
—Prolaps, Verfahren zum Zurückhalten des (Anastassiadès) 126.
—Substanz-Entleerung durch den Gehörgang bei Basisfrakturen (Delsaux u. Delstanche) 197.
— —Verlust bei Comminutivfraktur der Schädelknochen (Fummi) 197.
—Verletzung, tiefe (Gunn u. Fairbrother) 197.
—Vorgänge beim epileptischen Anfall, experimenteller Beitrag (Karplus) 198.
Hirschsprungsche Krankheit (Ssytschewa) 231.
— —, oder kongenitale Dilatation des Coecum (Macheli) 102.
Hirudin, Gebrauch bei Bluttransfusion (Latterlee u. Hooker) 258.
Hochfrequenzströme zur Behandlung von Basedowscher Krankheit und Hyperthyreoidismus (Lewi) 144.
— zur Behandlung der Blasengeschwülste (Craison) 311.
— in der Urologie (Arcelin u. Giuliani) 169.
Hoden-Carcinom, drei Fälle von (Georgesco u. Savesco) 171.
—, Behandlung des unvollständige Descensus (Corner) 107.
—Ektopie, Fixation am Femur (Rocher) 245.
— — nach der Schenkelgegend bei seltener Hernie (Hernia inguino-superficialis femoralis) (Crucillà) 221.
—Regeneration (Uffreduzzi) 244.
—Retention, Operation wegen (Thompson) 171.
—, doppelseitiges Sarkom der nicht herabgestiegenen (Smith) 69.
Hodgkinsche Krankheit (Bunting) 264; (Ficaci) 325; (Yates) 327.
— —, Blutbild bei (Bunting) 327.
Hohlfuß, Behandlung des (Davis) 79.
Hohlhandbogen, oberflächlicher, klinische Studie über Aneurysmen des (Thiébauld) 316.
Hornhaut-Aktinomykose (Löwenstein) 200.
Hüft-Bursitiden, tuberkulöse (Arce) 175.
—, schnellende (Mouchet) 175.
Hüftgelenk-Entzündung s. Coxitis.
—, nicht tuberkulöse Coxitis und Caries sicca des (Cauli) 318.

Hüftgelenk-Krankheiten, Wert der Tuberkulinherdreaktion für Diagnose von unklaren (Keppler u. Erkes) 254.
—Pfannenverlagerung als Folge eines Traumas (Kaisin-Loslever) 255.
—Verletzungen und Femurfrakturen, Transportschiene für (Franz) 341.
—Verrenkung, traumatische (Rischbieth) 255.
Hüft- und Kniegelenke in Beugestellung, Ankylose der, mit Equinusstellung beider Füße; Muskelzerreißung mittels hölzernen Schlegels, Gelenkschnitt des unteren Wadenbein-Schienbeingelenks, Tenotomie und forciertes Redressement beider Füße mit breiter Zerreißung der Haut (Chaput) 255.
Hufeisenniere, Genese der, und verwandter Nierenmißbildungen (Budde) 63.
Humerus-Ende, Frakturen des unteren (Mauclaire) 75; (Peckham) 192.
— —, oberes, Verletzungen des, bei Geburtslähmungen (Peltesohn) 252.
—, Epicondylus medialis, Abrißfraktur des (Broca) 394.
—Frakturen s. Frakturen.
—Kopf, Luxationsfraktur des (Janz) 252.
—Luxation s. Luxation.
— —, rezidivierende (Young) 74.
—Sarkom, Exarticulatio interscapulo-thoracica wegen (Soubeyran) 173.
Hungerschmerz s. Duodenalgeschwür.
Hydatide, vereiterte, an den Schenkeln des Diaphragma (Oliver) 215.
Hydrocele communicans und Hernien als Ursachen der Dienstuntauglichkeit (Pleteneff) 151.
—, idiopathische, prognostische Bedeutung der, nebst Bemerkungen über die Tuberkulose des Bruchsackes (Federici) 245.
Hydrocephalische Kinder, Versuche mit chirurgischer Behandlung an (De Beule) 344.
Hydrocephalus, Ätiologie und Symptomatologie des (Misch) 133.
— internus acquisitus, operativ (Trepanation und Balkenstich), geheilter Fall von (v. Sarbó) 343.
— —, lumbale Drainage mittels Meningocelesacks (Cole) 27.
Hygroma colli congenitum cystoides (Schmiedeck) 92.
Hypernephrome s. a. Geschwülste der Niere.
—, Wirbelmetastasen nach (Harttung) 308.
Hyperthermie, rectale, und Fieber; Achselhöhlen- und Beckentemperatur (Engländer) 257.
Hyperthyreoidismus und Basedowsche Krankheit, Behandlung mit Hochfrequenzströmen (Lewi) 144.
—, chirurgische Bedeutung (Haines) 33.
—, Beeinflussung durch Röntgenstrahlen (Birdsall) 282.
Hypertonie des Magens und Gastroenterostomie (Mallory) 372.
Hypertrophia mammae in der Gravidität (Huguier, Lorrain) 96.
— der Prostata (Saint-Pierre) 67.
— — —, Behandlung auf endourethralem Wege (Luys) 244.
Hypertrophia der Prostata, operative Behandlung der (Cabot) 106; (Wildbolz) 243.
— — —, totale Prostatektomie bei (Grinenko) 244.
— — —, Untersuchungsmethode (Marion) 428.
Hypopharynx und Nasenhöhlen, maligne Tumoren des (Ferreri) 139.
Hypophyse s. a. Akromegalie, Zirbeldrüse.
—Extrakte, Einfluß der, auf Heilung der Frakturen (Marsiglia) 85.
— —, in der Nachbehandlung von operativen Fällen (Konrád) 38.
—Fälle, pathologisch-anatomische Untersuchung von (Johnson) 345.
—Gangsgeschwülste (Harms) 200.
—Geschwulst (Eason) 345.
— — ohne Akromegalie (Nagoya) 137.
— —, Trepanation bei (Bourguet, Dansan) 91.
—Krankheiten und ihr Einfluß auf das Röntgenbild der Sella turcica (Fearnsides) 345.
—Operation, endonasale, anatomische Beiträge zur (Blumenthal) 137.
—, ein lebenswichtiges Organ? (Ascoli, Legnani) 136.
—, Pathologie der (Rose) 28.
—Teratom und -Polydaktylie; Beitrag zum Studium der morphogenetischen Einflüsse von Drüsen mit innerer Sekretion auf die Organogenese (Bertolotti) 345.
—, aktive Substanzen der (Führer) 408.
—, syphilitische Erkrankungen der, insbesondere Lues congenita (Simmonds) 136.
—, Verhalten der menschlichen, nach Kastration (Rössle) 90.

Jacksonsche Membran s. a. Perikolitis.
— — und Lanesche Knickung (Ryan) 217.
— — und Lanes Schleife in ihren Beziehungen zu fötalen Peritoneumfalten von Jonnesco, Treves und Reid (Eastman) 216.
Jejunalgeschwür, peptisches (Schwarz) 225.
Jejuno-Jejunostomie mittels Murphyknopf zur Beseitigung von Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie mit kürzester Schlinge (J. Smyth) 156.
Jejunum s. a. Ulcus pepticum jejuni.
Ikterus durch Druck von Echinokokkuscysten der Leber (Finzi) 422.
— gravis vom chirurgischen Standpunkt (Keynes) 160.
Ileocöcal-Gegend, methodische Palpation der, mit besonderer Berücksichtigung der ektopischen Eileiter (Hausmann) 313.
Ileosakralgelenkverletzungen (Mc Clure) 348.
Ileum s. a. Dünndarm.
—Knickung, Membrana pericolica und Coecum mobile, Ätiologie der (Connell) 217.
Ileus, akuter (Pannett) 50; (Vesprenii) 416.
— durch Darmintussusception (Pepler) 49.
— des Dickdarms, akuter, nach Daten des Obuchow-Krankenhaus in St. Petersburg (Ponomareff) 420.
—, Gallenstein- (Wickenden) 229.
— nach Laparotomie (Dobrachoteff) 370.
—, mechanischer, durch Appendicitis (Leotta) 417.

Ileus, Mechanismus des Todes bei (Marchetti) 158.
— durch Meckelsches Divertikel (Colson) 50.
— bei Megalosigmoideum permagnum (Baur) 300.
— bei tuberkulöser Peritonitis (Posin) 98.
—, retrograder, bei der W-förmigen Hernie (Welsch) 99.
— infolge Situs inversus mit Schwangerschaft, seltene Form von (Coenen) 370.
— durch Spulwürmer (Doberauer) 159.
Immunität und Vaccination in Beziehung zur Chirurgie (Hart) 403.
Indigocarminprobe s. Phenolsulfophthaleinprobe.
Infektionen, akute chirurgische, Serodiagnostik bei (Poddighe) 6.
—, akute, Thrombose und Embolie, Reihe ungewöhnlicher Zirkulationsstörungen im Verlauf von (Bierring) 259.
—, gynäkologische und puerperale, Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung der (Cramer) 82.
—Krankheiten und Varicenbildung (Zesas) 319.
—, puerperale, Behandlung durch Fixationsabsceß (Godart) 260.
—, —, Wert der Fixationsabscesse bei Behandlung der (Santi) 246.
—, Tröpfchen-, neue Gesichtsmaske zum Schutze gegen, für Rhino-Laryngologen (Lautenschläger) 195.
Inguinal-Hernie s. Hernia inguinalis.
— und Femoralhernien, interessante Punkte bei (Darling) 99.
Injektionen mit Arthigon, intravenöse, Blutbefunde nach (Brasch) 245.
— von Eucalyptol-Menthol bei postoperativen Bronchitiden und Pneumonien (Technau) 114.
—Kanüle, unzerbrechliche (Thilenius) 274.
—Narkose s. unter Narkose.
— von Pneumokokken-Vaccine zur Behandlung von Psoasabsceß (Walker) 254.
Innere Sekretion der Schilddrüse vom chirurgischen Gesichtspunkt (Tinker) 32.
Inokulation embryonaler Zellen (Bjelogolowy) 116.
Instrumente, Führungs- (Noguès) 275.
Insufflation, intratracheale, irrtümliche Schlußfolgerungen betreffend die (Coburn) 339.
—Narkose, intratracheale, s. unter Narkose.
Intermediärknorpel, Transplantation von Gelenken bei jungen Tieren, mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens des (Obata) 314.
Intestinale Stase s. Obstipation.
Intrakranielle Komplikationen nasalen Ursprungs (Onodi) 134.
— Weg zur Behandlung von parenchymatöser Syphilis (Campbell) 134.
Intraperitoneale Verwendung von Radium (Freund) 313.
Intratracheale Insufflationsnarkose s. unter Narkose.
Intubation, intermittierende, prophylaktische Tracheotomie und Dauerkanüle bei Larynxstenose infolge Lähmung der Mm. cricoarytaenoideii postici (Bussalay) 207.
Intussusception, eine Appendicitis vortäuschend (Halahan) 53.
Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbild (Groedel) 232.
Jod-Basedow und Basedowsche Krankheit, bisherige Erfahrungen und deren Zusammenhang mit dem System der Drüsen mit innerer Sekretion (Kempner) 209.
— in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (Carere) 115.
— und Phosphorgehalt der fötalen Schilddrüse (Fenger) 142.
—Resorption, percutane (Boruttau) 339.
—Tinkturdesinfektion, Grossichsche, modifizierte (Reich-Brutzkus) 22.
—Tinktur in statu nascendi, Desinfektion mit, und ihr haltbarer Ersatz in fester Form (Schumacher) 194.
Jodoform-Injektionen, intraperitoneale, Cappa-ronische Behandlungsmethode der ascitischen Form der Bauchfelltuberkulose (Setti) 98.
— —, intravenöse, zur Behandlung der Lepra (Courtney) 184.
—Öl bei Gelenkkrankheiten (Brackett) 390.
Jonnesco, Treves und Reids fötale Peritoneumfalten und ihre Beziehungen zu Jacksons Membran und Lanes Schleife (Eastman) 216.
Ischämische Contractur, künstliche Sehnen aus Seide bei Behandlung der (Durán) 394.
Ischias, hervorgerufen durch subfasciales Lipom des Fußes (Casali) 80.
Israel-Hahns Methode der Wangenplastik (Dibernardo) 342.
Italienisch-türkische Kriegserfahrungen (Salinari) 14.
Jugularis interna, arteriovenöses Aneurysma der, und der Carotis interna (Gilson-Herman) 92.

K. s. a. C.
Kältegangrän (Lenormant) 108.
Kaliumsulfat, Kombination mit Lokalanaesthetica, nebst Angabe einer einfachen Wertbestimmungsmethode der Lokalanaesthetica (Hoffmann, Kochmann) 128.
Kalomel, keimtötende Wirkung von (Schamberg u. Kolmer) 274.
Kardia- und Oesophagus-Leiomyome (Milovanovic) 210.
Kardiolysen-Operation und Perikardverwachsung (Dock) 413.
Kastration, Einflüsse der, auf die Zirbeldrüse (Pellegrini) 90.
—, Verhalten der menschlichen Hypophyse nach (Rössle) 90.
Kehlkopf s. a. Larynx.
—Exstirpation bei malignen Tumoren (Sargnon) 94.
—Stenosen, chirurgische Behandlung von funktionellen (Sargnon, Toubert) 93.
Keloid des Nackens (Tièche) 118.
Keritherapie, d. h. Behandlung mit Paraffin als Kataplasma (Sandfort) 23.
—, neue Thermotherapie mittels Paraffin (Sandfort) 23.
Kiefer-Gelenkankylose, operative Behandlung mittels freier Fascientransplantation (Korneff) 201.
— — und Hirnbrüche, Frage der Verwendung der freien Autotransplantation bei (Istomin) 196.

Kiefer-Gelenkankylose, knöcherne und fibröse, Gelenkplastik bei (Murphy) 347.
— — mit „Vogelgesicht"-Bildung (H. Hoffmann) 278.
—Spalte, Verschluß der, bei „einseitig durchgehender Gaumenspalte" (Drachter) 92.
Kinderlähmung, chirurgische Behandlung der (Jones) 140, 205.
— (akute Poliomyelitis anterior), frühzeitige Behandlung und chirurgische Mittel zur Vorbeugung der Deformitäten bei (R. Jones) 349.
—, spinale, Plexuspfropfung bei (Katzenstein) 72.
—, vernachlässigte (Blanchard) 92.
Klebrobinde, Bedeutung bei Behandlung der Marschkrankheiten (v. Heuss) 397.
Kleinhirn s. a. Hirn u. Großhirn.
—Brückenwinkel, Geschwulst des (Bretschneider) 27.
—Geschwulst und Anwendung einer neuen Naht zur Beherrschung der Hautblutung (Griess) 136.
—, glioblastisches Sarkom des, und der Brücke (Borzewska-Lewin) 27.
—Telangiektasie (Maklakow) 408.
Kleinkaliberverletzungen (Lenger) 125.
Klumpfuß, Behandlung des angeborenen (Young) 80.
— oder Hackenfuß (Cooley) 80.
—Massage (Roederer) 320.
Kniebügel bei Gehgipsverbänden in der Behandlung von Oberschenkel- und Schenkelhalsbrüchen (Bauer) 77.
Kniegelenks-Anatomie und Physiologie (Hare) 399.
— und Hüftgelenke in Beugestellung, Ankylose der, mit Equinusstellung beider Füße; Muskelzerreißung mittels hölzernen Schlegels, Gelenkschnitt des unteren Wadenbein-Schienbeingelenks, Tenotomie und forciertes Redressement beider Füße mit breiter Zerreißung der Haut (Chaput) 255.
—, Rolle der Kreuzbänder und Traumen des (Corner) 319.
—Luxation s. a. Luxation.
—, Luxatio anterior des (Werjoffkin) 176.
—Mißbildungen, seltene angeborene (Robin) 78.
—, Murphysche Methode bei Arthroplastik des (Guillot, Dehelly) 112.
—, bogenförmige Osteotomie bei Winkelankylosen und arthrogenen Contracturen des (W. Schmidt) 318.
—, Transplantation ganzer (Deutschländer) 79.
—Tuberkulose s. Tuberkulose des Kniegelenks.
—Verletzungen, Behandlung von (Hayem) 78.
Knie, Osteotomie am untern Femurende bei Flexionscontractur des (Osgood) 176.
Knochen s. a. Ostitis fibrosa.
—Atrophie, akute (Roth) 191.
—Brüche s. a. Frakturen.
—Frakturen, Diagnose und Behandlung der (Robertson) 191.
— —, doppeltes Hebelinstrument für offene Einrichtung der (Coerr) 194.
— —, Zangenextension von (Schömann) 191.
— und Gelenktuberkulosen, Behandlung der (Cayre) 109.
Knochen-Geschwülste, bösartige, neue konservativ-operative Behandlungsmethode (Wenglowski) 251.
—Herde, unkomplizierte tuberkulöse, und ihre Behandlung (Huntington) 389.
—Lappenbildung, osteoplastische, aus den Dornfortsätzen der Wirbelsäule (Broca) 30.
—Marks-Entzündung s. Osteomyelitis.
— —Gewebe in der Nebenniere (Hopf) 63.
— —, Einfluß der Milz auf die erythroplastische Tätigkeit des, klinische und experimentelle Untersuchungen (Hirschfeld u. Weinert) 380.
—Operationen, elektrischer Bohrer, Säge, Fräse und Trepan für (Geiger) 340.
—Platten- und Knochennägelfixation zur Behandlung von Frakturen (Brougham) 13.
—, Röhren-, hereditär syphilitische Krankheiten der Diaphysen der langen (Courtin) 251.
—Schiene, äußere (Allen) 86.
—Spangen, autoplastische, Behandlung von Frakturen mit (Davison) 121.
— —, Einpflanzen von, bei frischen Frakturen (Albee) 121.
—Syphilis, hereditäre, spät auftretende (Badin) 109.
—Transplantation (Lewis) 3; (Thomas) 13.
—Tuberkulose s. Tuberkulose der Knochen.
— und eigenartige Verkalkungskerne bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica (Conradi) 401.
Knöchelverletzungen s. Malleolen.
Knorpelringe der Trachea, über Altersveränderungen in den (v. Engelbrecht) 351.
Koagulen Kocher-Fonio zur Stillung parenchymatöser Blutungen (Mutzenbacher) 321.
— — —, Erfahrungen mit (Vogt) 324.
Kochsalz-Infusion, Frage der (Ssokolowa) 113.
—Lösungen, sterile, für Injektionszwecke, speziell Salvarsaninjektionen, Methode der schnellsten Darstellung von (Taege) 259.
Kohle- und Petroleumprodukte als Ursache chronischer Reizung und Carcinoms (Davis) 187.
Koli-Infektion der Nieren und Behandlung (Graff) 384.
Kolitis, Appendicostomie bei (Kornew) 421.
—, chronische, Appendicitis, Studien über die Pathologie des Ulcus (Mathieu) 223.
— mucosa, Appendicitis und Pericolitis membranacea, Wechselbeziehungen zwischen (Benjamin) 229.
Kollargol-Injektion ins Nierenbecken, Wirkung der (Eisendrath) 164.
Kollateral-Kreislauf, thorakaler, in der Diagnose der tracheo-bronchialen Adenopathie (Maggiore) 355.
Kolon s. a. Dickdarm.
—, Ausschaltung des (Morris) 98.
—Embryologie und -Anatomie (Norsworthy) 231.
—Exstirpation wegen obstruierender Stauung des Darminhaltes, mit Bericht über 8 Fälle (Clark) 377.
—, Gefäßunterbindungen zur Mobilisation des, bei Rectumexstirpation (Schwartz, Cruet) 58.
—Krebs und Enteritis (Schwartz) 103.
—Membranen (Mc Lean) 217.

Kolon-Resektionen, partielle oder totale, als Behandlungsmethoden bei chronischer Cöcotyphlitis (Duwal, Roux) 56.
—, Vorbereitung und Nachbehandlung bei Ausschaltung und Resektion (Bainbridge) 57.
Kolostomie (Granville) 301.
Koma bei cerebraler Hämorrhagie; druckentlastende Trepanation auf gesunder Seite (Marie u. Léon-Kindberg) 197.
Komplementbindungsreaktion bei chirurgischer und experimenteller Tuberkulose, diagnostischer Wert der (Wwedewski) 403.
Kompressions-Fraktur und traumatische Erweichung des Mondbeines (Guye) 393.
Kontrakturen, arthrogene, und Winkelankylosen des Knies, bogenförmige Osteotomie bei (W. Schmidt) 318.
—, ischämische, künstliche Sehnen aus Seide bei Behandlung der (Durán) 394.
Kopfhaut, Skalpierung der (Gillette) 407.
Kopfschuß, späte Trepanation nach; ausgebreitete Verletzung des Girus angularis mit Seelenblindheit; vollständige Genesung nach einem Jahre 345.
Kot-Fisteln, äußere, Maisonneuvesche Operation bei (Wolkoff) 377.
— — und widernatürlicher After (Glatzel) 377.
—Stauung als chirurgische Krankheit (F. J. Smith) 231.
Krampfaderbruch s. Varicocele.
Krebs s. Carcinom.
Kretinismus, endemischer, Behandlung des (Oswald) 208.
Kreuzbänder s. a. Ligamenta cruciata.
—, Rolle der, bei Bluterguß und Traumen des Kniegelenkes (Corner) 319.
Kreuzbein s. a. unter Sakrum.
—, enges Becken durch Fehlen des (Desfosses) 112.
—lendenwirbelsäule s. Wirbelsäule.
Krieg, Vereinfachung der Aseptik im (Scheidl) 268.
—, Balkan-, 120 Bauchschußverletzungen, beobachtet in dem osmanischen Fortbildungskrankenhause Gulhane während des (Wieting-Pascha) 269.
—, —, letzter, militärärztliche Erfahrungen in Sofia während des (Kirchenberger) 192.
—Chirurgie, Allgemeine (Fraenkel) 123; (Yoosuf) 193.
—chirurgische Eindrücke vom griechisch-bulgarischen Kriege 1913 (Otto) 15.
— — Erfahrungen im italienisch-türkischen Kriege (Salinari) 14.
— — Tätigkeit der Moskauer Sanitätskolonne in Bulgarien, Beobachtungen der Sehnentransplantation mittels Fascie während der (Rosen) 338.
—, dreigeteilte Extremitätentransportschienen für den (Friedrich) 340.
—Geschosse, nervöse Erscheinungen infolge Fernwirkung von (Laurent) 193.
—, russisch-japanischer, Verluste der russischen Flotte an Mannschaften während des (Kefeli) 405.
—, — —, Sanitätsdienst im 269.
Kriegs-Schauplatz, Wundversorgung am (Majewski) 338.
—Verletzungen des Schädels (Laurent) 268.
—, Verwundetentransport im (Hull) 336.
Kropf s. Struma.
Kryoskopie des Harns und Phenolsulfophthaleinprobe im Dienste der Nierenfunktionsprüfung (Goldberg) 426.
Kümmellsche Krankheit s. Wirbelsäulenverkrümmung.
Künstliche Glieder, Suspension und Stützpunkte der (Dollinger) 87.
Kugel im Sinus frontalis (Mackenzie) 27.
Kupfer-Lecithinpräparate, therapeutische Versuche an Kindern mit sog. chirurgischer Tuberkulose (Finklersches Heilverfahren) (Opperheim) 326.
— und Quarzlampe zur Heilung von Ulcus rodens, zwei weitere Fälle (Weiss) 342.
—Verbindungen, Aurum-Kalium cyanatum, Salvarsan, zur Lupusbehandlung (Schönfeld) 262.
Kyphose s. Pseudokyphose.

Labyrinthektomie, Indikationen und Technik der (Falgar) 347.
Labyrinthogene Meningitis (Lewin) 135.
Lähmungs-Behandlung an der oberen Extremität (Vulpius) 395.
Lähmungen, spondylitische, Bedeutung der Laminektomie bei (Tietze) 350.
— vasculären Ursprungs, traumatische periphere (Lejars) 337.
—, Wurzel-, Durchflechtungs- und End-, des Plexus, und solitäres Stammneurom des Plexus brachialis (v. Gaza) 251.
Laminektomie, Knochentransplantation nach (Vulpius) 348.
— bei spondylitischen Lähmungen (Tietze) 350.
Lanesche Bänder bei chronischer Obstipation (Hertzler) 56.
— Knickung und membranöse Perikolitis (Jacksonsche Membran) (Ryan) 217.
— Membran s. Pericolitis.
— Operation, rheumatische Arthritis wesentlich gebessert durch (Whitaker) 392.
— Schleife und Jacksons Membran in ihren Beziehungen zu fötalen Peritoneumfalten von Jonnesco, Treves und Reid (Eastman) 216.
— —, Identität mit Joseph Prices Ellbogen (Kennedy) 365.
Laparotomie s. a. Bauchschnitt.
—, unerwartete Befunde bei (Neve) 150.
—, Darmobstruktion nach (Dobrochotoff) 370.
—, Erfahrungen mit Peristaltin nach (Flatau) 39.
—, Sacral- und Lokalanästhesie bei (Traugott) 86.
—, Kontrolle der Tupfer bei (Kubinyi) 87.
—, diagnostische Untersuchungen von Antitrypsingehalt und Leukocytose bei (Gorbakowsky) 287.
Laryngektomie, Indikation und Technik der (Lombard) 207.
—, totale, 3 Fälle nach Gluck unter Lokalanästhesie (Botey) 207.
—, vereinfachte halbseitige (Broeckaert) 207.
Laryngostomie zur Heilung der Lupusstenose des Kehlkopfes (Van de Calseyde) 93.

Larynx, Methode zur Anästhesierung des (Yorke) 206.
—, Behandlung von in den — gelangten Blutegeln (Aboulker) 93; (Gaggia) 93.
—, scheinbar vollständige Entfernung des Carcinom des, durch intralaryngeale Operation (Thompson) 282.
—Carcinom, Erfahrungen über (Barth) 282.
—Eingang, Erstickung infolge Verstopfung des, durch Speiseteile (Oppikofer) 282.
—Fistel, Plastik zur Beseitigung der (Smith) 31.
—, Lupusstenose des, geheilt durch Laryngostomie und Dilation mit Glasbougies (Van de Calseyde) 93.
—Papillome (Decherd) 94; (Stucky) 94.
—Sensibilitätsstörungen bei Schädigungen der unteren Larynxnerven (Tonietti) 281.
—Stenose infolge Lähmung der Mm. crico arytaenoideii postici, prophylaktische Tracheotomie, Dauerkanüle und intermittierende Intubation bei (Bussalay) 207.
—, Totalexstirpation wegen Carcinom (Mintz) 32.
—Tuberkulose s. Tuberkulose des **Larynx**.
—, quere Verletzungen des (Mosti) 142.
Leber-Abceß und Amöbendysenterie, Behandlung mit Emetinhydrochlorid und Aspiration (Dudley) 380.
— —, tropischer, pleurale und pulmonale Komplikationen des (Thompson) 232.
—Blutungen, Anwendung des isolierten Netzes zur Stillung von (Beresnegowski) 61.
— und Herzblutungen, Stillung durch frei transplantierte Muskelstücke (Läwen) 361.
—Cirrhosis, Behandlung der (Yagiie) 379.
—Cyste, nicht parasitäre (Everidge) 304.
—Echinokokken, nicht vereiterte, moderne chirurgische Behandlung der (Meudic) 234.
—Echinokokkus-Cysten, Ikterus infolge von Druck durch (Finzi) 422.
— —, Radikaloperation des (Borséky) 422.
— —, klinische, biologische und therapeutische Studie (Duhot u. Siauve) 378; (Mornard) 379.
—Erkrankungen bei Appendicitis (Walter-Sallis) 52.
—Fremdkörper, nach 23 Jahren entfernt (Barling) 232.
— und Milzkrankheiten tuberkulösen Ursprungs (Carnot, Saint-Girons u. Turquéty) 235.
—, Regenerationserscheinungen an der, bei Trauma, akuter gelber Atrophie und Cirrhose (Hallbauer) 379.
—Sarkome, primäre, und bessere klinisch-anatomische Erkennung der Leberneubildungen (Visano) 304.
—Zellengranula, sauerstoffatmende, und Empfindlichkeit der Sauerstoffatmung gegenüber indifferenten Narkotica (Warburg) 270.
Lecutyl, Behandlung der Hauttuberkulose unter besonderer Berücksichtigung des (Strauss u. Miedreich) 182.
Leibkorsett, zweckmäßiges und wissenschaftliches (Meille) 131.
Leichtfilter bei Röntgenbehandlung von Lupus (Pagenstecher) 8.
Leichtkrankenabteilungen im Russisch-Japanischen Kriege (Grinenko) 127.
Leiomyome von Oesophagus und Kardia (Milovanović) 210.
Leistenbruch s. Hernia inguinalis.
Lenden-Wirbelsäule s. Wirbelsäule.
Lepra-Behandlung mit intravenösen Jodoforminjektionen (Courtney) 184.
Leukämie-Behandlung, moderne (Schilling) 381.
Leukocytäre Formel, Entwicklung der, im Verlauf von Injektionen von Metallkolloiden (Le Fèvre de Arric) 265.
Leukocyten, bactericide Wirkungen der (Esch) 179.
Leukocytose und Antitrypsingehalt bei Laparotomien, diagnostische Untersuchungen der (Gorbakowsky) 287.
—, Verdauungs, bei Carcinom und Geschwür des Magens (Bonhoff) 371.
Libanon Spital, chirurgische Klinik (Syms) 162.
Lichen scrophulosorum in Beziehung zu Hautveränderungen nach Tuberkulinsalbeneinreibungen (Moro) (Tschilin-Karian) 327.
Licht, künstliches, Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit (Breiger) 403.
Ligamenta cruciata, Rolle der, bei Bluterguß und Traumen des Kniegelenks (Corner) 319.
Ligament, gastrokolisches, Sarkom des (Galpern) 369.
Ligamentum latum, rechtes, Fall von Incarceration einer Dünndarmschlinge zwischen die Blätter des (Buriánek) 229.
— patellae, zerstörtes, Ersatz durch stark gedrehte Seide (Shands) 176.
— rotundum, extrapelvische Geschwulst des (Beccherle) 429.
Linsenkern (D'Abundo) 132.
Lipom des Fußes, subfasciales, mit Zeichen einer Ischias (Casali) 80.
— des Darmes, Kasuistik der (Hengstenberg) 59.
— des Nebenhodens (Wildbolz) 245.
Lipomatosis perimuscularis circumscripta (Steiner) 81.
Liquor cerebrospinalis s. Cerebrospinalflüssigkeit.
—Untersuchung, Bedeutung für die Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen (Nonne) 408.
Litholapaxie (Moore) 66.
Littlesche Krankheit und ihre chirurgische Behandlung (Lavariaud) 281.
— —, Operation nach Förster-van Gehuchten (De Beule) 350.
Lokalanästhesie, bei Bauchoperationen (Hackenbruch) 272.
— der oberen Extremität, vollständige, durch Brachialplexusanästhesie (Strachauer) 430.
— bei Operationen am äußeren Gehörgang und im Mittelohr (Linck) 360.
— mit besonderer Berücksichtigung von Hernia inguinalis (Allen) 194.
— 3 Fälle totaler Larynxexstirpation nach Gluck unter (Botey) 207.
— bei Prostatektomie (Lequeu) 170; (Lequeu) 312.
— nach Reclus bei Operationen der großen Chirurgie (Catz) 194.
— und Sakralanästhesie bei Laparotomien (Traugott) 86.
— bei urologischen Operationen und Untersuchungen (Blum) 87; (Carraro) 339.

Lokalanästhesie, unangenehme Zwischenfälle (Deutschert) 273.
—, Kombination mit Kaliumsulfat nebst Angabe einer einfachen Wertbestimmungsmethode der Lokalanaesthetica (Hoffmann, Kochmann) 128.
Lotschapparat zur Narkose (Hübener) 194.
Lues, luetisch s. Syphilis, syphilitisch.
Luft-Einblasung in die Pleura nach Thoracocentese (Sorel) 284.
—Röhre s. Trachea.
—Schlucker s. Aerophagie.
—Wege, Schleimhäute der oberen, Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis (Strandberg) 31.
— und Speisewege, obere, Behandlung von Carcinomen der, mit Radium- und Mesothoriumbestrahlungen (Albanus) 352.
—Wege, Behandlung ihrer Tuberkulose und Reyns Elektrolyse (Strandberg) 31.
Lumbalflüssigkeit s. Cerebrospinalflüssigkeit.
Lumbalpunktion, Gliom des Balkens und des linken Parietallappens mit doppelseitiger Apraxie, Tod nach (Laignel-Lavastine u. Lévy-Valensi) 277.
— bei Stauungspapille und Hirngeschwülsten (Dutoit) 199.
—, therapeutische (Gastinel) 204.
—, plötzlicher Tod nach (Minet) 92; (Rispal u. Pujol) 200.
Lumbosakralschmerzen vom orthopädischen Standpunkt (Davis) 349.
Lungen-Abscesse und Bronchiektasien (Lilienthal) 211.
—Absceß oder interlobäres Empyem durch Bronchus entleert und Heilung durch artifiziellen Pneumothorax (Leuret u. Aubert) 359.
—Echinokokkus (Chelini) 286.
—Embolie, Exitus während Trendelenburgscher Operation bei (Leclerc) 359.
— —, fulminante, aus dem Saphenagebiet (Hosemann) 285.
—Emphysem, Freundsche Operation bei (Michailowa) 148.
—Kavernen und -Abscesse, Lokalisation von (Jessen) 359.
—, komprimierte, kombinierte Methode der Auscultation und Perkussion zur Bestimmung der Grenze der, beim Anlegen des artifiziellen Pneumothorax (Schulz) 148.
—, Verlegung ihres Lymphsystems durch künstlichen Pneumothorax (Derscheid) 97.
—, multiple Metastasen der Schilddrüse in der, bei Atrophie der Schilddrüse (Kolomireski) 32.
—Tuberkulose s. a. Pneumothorax.
— — s. Tuberkulose der Lunge.
—, Vasomotoren in den (Tribe) 285.
Lupus-Behandlung mit Kupferverbindungen, Aurum-Kalium cyanatum, Salvarsan (Schönfeld) 262.
—, Behandlung mit Röntgenstrahlen mittels Leichtfilter (Pagenstecher) 8.
—, Dauerresultate der Radiumtherapie bei (Milani) 84.
— erythematodes und Tuberkulose (Fuchs) 8.
Lupus-Stenose des Kehlkopfes, geheilt durch Laryngostomie und Dilatation mit Glasbougies (Van de Calseyde) 93.
— vulgaris, Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen (Belot u. Nahan) 325.
Luxatio, Luxation.
— anterior des Kniegelenkes (Werjoffkin) 176.
Luxation, Dorsal-, der Hand, perilunäre, und deren unblutige Reposition (Settmacher) 316.
— des Ellenbogens, blutige Reposition veralteter (Walzel) 111.
—Fraktur des Humeruskopfes (Janz) 252.
— der Hüfte, angeborene (Le Damany) 432.
— des Hüftgelenks, angeborene, Behandlung mit Apparat von Le Damany (Broca) 317.
— humeri, rezidivierende (Young) 74.
— des Humerus, angeborene (Ebert) 174.
— des Kniegelenks, angeborene, Behandlung der (Bechmann) 398.
—, der Patella, habituelle (Luxembourg) 256; (Lorenz) 397.
— des Schultergelenks, über Enderfolge der Muskelplastik aus dem Deltoideus bei (Clairmont, Ehrlich) 74.
—, Sub-, der Patella, pathologische, infolge überzähliger äußerer Femurkondylen (Sinibaldi) 176.
—, totale, der Halswirbelsäule (H. Meyer) 279.
Lymphsystem der Lunge, Verlegung des, durch künstlichen Pneumothorax (Derscheid) 97.
Lymphdrüsen-Eiterungen, anatomisch-chirurgische Untersuchungen über Aponeurosen der Achselhöhlen in ihren Beziehungen zu, dieser Region (Moreau) 315.
Lymphogranulomatose, bakteriologische Befunde bei (Verploegh, Kehrer, v. Hoogen-Nuyze) 115.
—, drei Fälle von (Rüssell) 184.
Lymphoides Gewebe, Zerstörung des, mit Röntgenstrahlen zur Begünstigung heteroplastischer Gewebstransplantation (Murphy) 185.
Lymphosarkome des Halses, chirurgische Entfernung kombiniert mit Röntgen- und Radiumbehandlung (Bégouin) 205.

Madurafuß, seltene Varietät des, Mycetom mit rohen Pilzkörnern (Griewank) 400.
Mäuse-Geschwülste, subcutane und in Organen infiltrierend wachsende, Chemotherapie der, und Methode zur Züchtung infiltrativer Mäusegeschwülste (Keysser) 329.
Magen s. a. Cardia, s. a. Pylorus, s. a. Gastr...
—Carcinom mit akutem Anfall, Frühsymptome des (Goodman) 416.
— —, zur Diagnose des (Carter) 46.
— — mit besonderer Hinsicht auf frühzeitige Erkennung (Hasenfeld) 373.
— — und -Geschwür, Verdauungsleukocytose bei (Bonhoff) 371.
— —, Glycyltryptophanreaktion beim (Hauschild) 296.
— —, Prognose (Anschütz) 46.
— —, Resultate eines 17jährigen Kampfes gegen (Derjushinski) 367.
— —, Röntgendiagnostik des (Nemenoff) 157.
— — und -Tuberkulose, Kombination von (Frank) 47.

Magen-Carcinom, Unfallfolge (Franck) 227.
—Chirurgie bei tausend Fällen von Magenerkrankungen (Küttner) 42.
—, Cytodiagnostik des (Loeper, Binet) 100.
—Darmatonie, postoperative, und Peritonitis, Behandlung mit Dauerdrainage des Magens (Pauchet) 371.
—Darmkanal, Bariumsulfat als Kontrastmittel in der Röntgendiagnostik des (Crone) 151.
—Darmkanal, phlegmonöse Prozesse des (Saar) 45.
—Darmkrankheiten, Elektromagneten für Diagnostik, Therapie von (Payr) 47.
— und Därme, erworbene Lageveränderung und Fixation von (Brown) 152.
—Dauerdrainage zur Behandlung der postoperativen Magendarmatonie und Peritonitis (Pauchet) 371.
—Diagnostik, funktionelle (Hohlbaum) 372.
—Dilatation, akute postoperative (Rhodes) 292.
—, Divertikelbildungen am, durch Ulcus peptic um (Borszéky) 100.
—, Fremdkörper (Phytotrichobezoar) im (Treplin) 374.
—Geschwür s. a. Pylorusgeschwür.
— — (Gross u. Held) 152; (Paillard) 152.
— —, operationslose Behandlung bei akuten Blutungen (Küttner) 43.
— —, callöses, Indikationsstellung der operativen Behandlung des (Payr) 414.
— und Duodenalgeschwür, okkulte Blutungen beim (Boas) 373.
— — —, Indikationen und Art des Eingriffes bei akuten Perforationen des (Frolowsky) 368.
— — —, Röntgenbefunde bei (Case) 370; (Friedenwald u. Baetjer) 293; (Simon u. Caussade) 373.
—Geschwüre, Bedeutung der Gluzinskischen Probe bei Diagnose des (Nicolaysen) 292.
— —, direkte intragastrische Methode zur Behandlung gewisser, durch Entfernung kranken Gewebes par morcellement und Mobilisierung gesunder Schleimhaut (Thomas) 292.
— —, nebst Mitteilungen zur Technik der Magenresektion bei (Perthes) 366.
— —, adhäsive Perigastritis bei (Girode) 41.
— —, Reaktion des Magens bei (Perthes) 43.
— —, Studien über die Pathologie des; mesogastrische Stenose von geschwüriger Herkunft (Mathieu) 223.
— —, Studien über die Pathologie des; (Mathieu) 224.
— —, Studien über die Pathologie des; Ulcus, Appendicitis, chronische Kolitis (Mathieu) 223.
— —, tiefgreifendes, weitere Schicksale operierter und nicht operierter Patienten (Haudeck) 43.
— —, unkompliziertes, mit Pylorospasmus (Smiethies) 42.
—Hypertonie und Gastroenterostomie (Mallory) 372.
—Krankheiten, Bericht über die während der letzten drei Jahre chirurgisch behandelten (Roedelius) 414.
— —, chronische, Abgrenzung der chirurgischen Behandlung (Bastedo u. Le Wald) 290.
Magen-Neurosen, Unterscheidung der, von organischen Krankheiten des Bauches (Giffin) 222.
—, normaler, Röntgenbefunde am (Hartung) 221.
—Resektion beim Magengeschwür (Perthes) 43.
— —, Mitteilungen zur Technik bei Magengeschwür (Perthes) 366.
— —, Technik der (Finsterer) 227.
—, Röntgenbild der perigastrischen Verwachsungen der kleinen Kurvatur (Krafft) 225.
—, Sanduhr- (Leuret) 295.
— —, infolge Geschwür der kleinen Kurvatur, operative Behandlung des (A. Wagner) 295.
—Sarkom (Frazier) 296; (Schiller) 101.
—Tiefstand s. Gastroptose.
—Tuberkulose s. Tuberkulose.
—Ulcus, experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese (Vigliani) 41.
—Wand, Durchwanderung einer Nadel durch die (Smith) 291.
Magnesium-Narkose 1, Untersuchungen über (Starkenstein) 20.
—Sulfatinjektionen, subdurale, zur Behandlung des Tetanus (Stevens) 262.
Maisonneuvesche Operation bei äußeren Kotfisteln (Wolkoff) 377.
Malleolen- und Radiusfraktur, Verhütung von schlechten Resultaten (Hertzberg) 75.
Maltafieber, Phlebitis bei (Cantani) 173.
Malum Pottii s. Pottsche Krankheit.
— — — Tuberkulose der Wirbelsäule.
Mamma-Carcinom (Beall) 37.
— —, Nematoden und andere Parasiten bei; Nematodenbefunde bei Kontrolluntersuchungen (Paulsen) 209.
— — -Statistik im Michigan-Staat während der letzten 25 Jahre (Van den Berg) 209.
—, Epitheliom der männlichen (Laurenti) 37.
—Geschwülste (Howard) 356.
— —, Diagnosenstellung klinisch zweifelhafter (Hadley) 284.
—Hypertrophie in der Gravidität (Hughier, Lorrain) 96.
— Sporotrichose der (Quénu) 96.
—Vergrößerung oder Gynomastie bei Männern (Berlatzky) 146.
Mandeln s. Tonsillen.
Mannlicher-Verletzungen s. a. Schußverletzungen.
Maries' disease = hypertrophierende Osteoarthropathie (Gilmour) 109.
Marsch-Krankheiten, Bedeutung der Klebrobinde bei Behandlung der (v. Heuss) 397.
Mastdarm s. Rectum.
Mastisol-Behandlung (Mazel) 268.
—Öttingen (Van Tienhooven) 23.
Mastoid-Operationen, an der Göttinger Ohrenklinik übliches Verfahren der; erweiterte typische Aufmeißelung (Uffenorde) 277.
Maydlsche Operation bei Blasenektopie (Simpson) 66.
Meckels Divertikel s. a. Ileus.
— — s. a. Intussusception.
Meckelsches Divertikel, Cylindrom des (Kaspar) 50.
— —, Gangrän des (Jakubowski) 363.
— — als Hernieninhalt, zwei Fälle von (Gamolko) 370.
— —, Ileus durch (Colson) 50.

Meckelsches Divertikel in Beziehung zu Krankheiten (Griffith) 157.
Megakolon s. Hirschsprungsche Krankheit.
Megaloflexur und Coecum mobile (Rosánoff) 419.
Megalosigmoideum permagnum, Ileus bei (Baur) 300.
Megarectum s. Hirschsprungsche Krankheit.
Meibomsche Drüsen, Carcinom der (Pokrowski) 139.
Meiostagminreaktion, ihre Beurteilung bei akuten chirurgischen Infektionen (Poddighe) 6.
Meloplastik s. Wangenplastik.
Membrana pericolica, Ileumknickung und Coecum mobile, Ätiologie der (Connell) 217.
Meningeal-Carcinom, latentes (Eichhorst) 344.
Meningitis, labyrinthogene (Lewin) 135.
— tuberculosa s. Tuberkulose.
Meningocelesack, lumbale Drainage mit, bei Hydrocephalus internus (Cole) 27.
Menthol-Eucalyptol-Injektionen bei Behandlung und Prophylaxe postoperativer Bronchitiden und Pneumonien (Technau) 114.
Mesenterialdrüsen-Tuberkulose s. Tuberkulose.
—, über chirurgisches Handeln bei Tuberkulose der (Franke) 39.
Mesenterialvenenthrombose (Weil) 39.
Mesenterium s. a. Netz.
—Ruptur, isolierte (Saalmann) 296.
Mesothorium (Mesernitzky) 131.
— und Radiumbestrahlungen von Carcinomen der oberen Luft- und Speisewege (Albanus) 352.
Messer, subcutane Spritze contra (Wier) 340.
Metalle, kolloide, klinische Beobachtungen über die Beeinflussung bösartiger Geschwülste und chronischer Entzündungsprozesse durch (Knauer) 333.
Metallkolloiden, Entwicklung der leukocytären Formel im Verlauf von Injektionen von (Le Fèvre de Arric) 265.
Metastasen-Bildung des Mammacarcinoms, Statistik im Michigan-Staat während der letzten 25 Jahre (Van den Berg) 209.
Metastatische renale und perirenale Abscesse (Friedheim) 309.
Metatarsus varus, angeborener (Van Neck) 320.
Meteorismus, hochgradiger, bei Aortitis luetica (Engländer) 361.
Methylalkohol und Alkoholverband (Ceconomos) 407.
Miculiczsche Krankheit, Röntgen- und Radiumbehandlung (Chuiton und Aubineau) 29.
Milch-Säurebacillen-Injektion zur Behandlung tuberkulöser Cystitiden (Vinay) 383.
Milz s. a. Bantische Krankheit.
— s. a. Splenektomie.
—Brandkarbunkel, Behandlung mit Salvarsan (Buberl) 261.
—Chirurgie (H. Hoffmann) 305.
—Cysten (Fossler) 163.
—, ihr Einfluß auf die erythroplastische Tätigkeit des Knochenmarks, klinische und experimentelle Untersuchungen (Hirschfeld u. Weinert) 380.
—Exstirpation s. a. Splenektomie.
— — (Tate) 423.
Milz-Exstirpation wegen permiziöser Anämie (Coleman u. Hartwell); (Herrick) 63, 381.
— — zur Heilung bei Milzruptur (Hammond) 305; (Routier) 103.
—, subphrenisches Hämatom aus der (Souligoux) 103.
— und Leberkrankheiten tuberkulösen Ursprungs (Carnot, Saint-Girons u. Turquéty) 235.
—, Einwirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe, insbesondere (Heineke) 381.
—Vergrößerung, idiopathische, Milzexstirpation (Sellenings) 381.
—Verletzung, isolierte (Florowsky) 62.
Mischgeschwülste (Alexandrowa) 12.
— der Niere (Perrero) 65.
Mischnarkose s. Narkose.
Mißbildung der Hände, symmetrische und doppelseitiger Hallux valgus (Roederer) 75.
— der Kniegelenke, seltene angeborene (Robin) 78.
Mittelfußknochenbrüche, einfache Pflasterbehandlung der (Szubinski) 80.
Mittelohr und äußerer Gehörgang, Lokalanästhesie bei Operationen am (Linck) 360.
Mondbein, Kompressionsfraktur und traumatische Erweichung des (Guye) 393.
Monosporosis, neue Krankheit des Menschen (Tarrozzi) 328.
Morbus Banti s. Bantische Krankheit.
— Basedow s. Basedowsche Krankheit.
— Recklinghausen s. Recklinghausensche Krankheit.
Morphium-Stickstoff-Protoxyd und Chloral-Stickstoff-Protoxyd, Narkose (Karakacheff) 21.
Motaissche Operation zur Heilung der vollständigen doppelseitigen Blepharoptosis (Thibert) 346.
Motilitätsstörungen, zur Erforschung neuer Formen der, Deviatio carpi ulnaris (Heimanowicz) 396.
Mund, zur Behandlung inoperaler Carcinome im Bereiche des, mit Fulguration (Lotheissen) 279.
—Schleimhaut und Zahnfleisch, zur Therapie der Tuberkulose der (Tiedemann) 139.
—Speculum, Brophysches (Farr) 130.
Murphyknopf, Stachel-, zeitsparende Veränderung am Murphyknopf (Flockemann) 340.
Murphysche Methode zur Behandlung der Ankylosen (Guillot, Dehelly) 112.
Muskel, Musculus, Musculi.
—Angiome, primäre (Serra) 79.
— und Bänderkrankheiten, Massage und Bewegungen bei Behandlung gewisser (Herrick) 314.
— crico-arytaenoideii postici-Lähmung, prophylaktische Tracheotomie, Dauerkanüle und intermittierende Intubation bei Larynxstenose infolge (Bussalay) 207.
— deltoideus, Enderfolge der Muskelplastik aus dem, bei habitueller Schulterluxation (Clairmont, Ehrlich) 74.
—Fasern, neugebildete, Experimentalversuche über Muskeltransplantation mit Berücksichtigung der Innervation von (Lhinya) 321.

Muskel-Hernien (Frischberg) 112.
—, Einpflanzung des Nerven in den (Heineke) 3.
— orbicularis oculi, Verhalten des, nach Großhirnreizung (Bikeles) 89.
—Osteome des Psoas, multiple, Diagnose durch Röntgenstrahlen (Marie u. Escande) 255.
—Plastik, Enderfolge der, aus dem Deltoideus bei habitueller Schulterluxation (Clairmont, Ehrlich) 74.
—, quergestreifte, Veränderung des Volumens der, während der Kontraktion; Hürthles Ergebnisse und ihre Auslegung (Meigs) 178.
—Sporotrichose 185.
—Symptom bei chronischer Appendicitis (Wolkowitsch) 54.
—Transplantation s. Transplantation.
— vastus internus des Femur, subcutane Zerreißung des (Trinci) 175.
Muskuläre Dystrophie und Degeneration der Gehirnnerven mit multiplen kongenitalen Osteochondromen (Boggs) 89.
— Neurotisation bei Cucullarislähmung (v. Hacker) 73.
Muskulatur der menschlichen Harnblase (Péterfi) 240.
Mutationen in verschiedenen Bakteriengruppen (Eisenberg) 114.
Myelome, multiple, vier Fälle von (Kahn) 190.
Mykosis, praktische, prognostische und therapeutische Bedeutung der Diagnosenstellung (Curtillet u. Lombard) 264.
Myosarkom s. Sarkom.
Myxoedem, infantiles (Looft) 353.
Myxosarkom- und Carcinom-Fälle der weiblichen Urethra (Watson) 386.

Nabel-Adenome (Guibé) 363.
—Bruch s. Hernia umbilicalis.
Nachbehandlung von operativen Fällen mit Hypophysenextrakten (Konrád) 38.
Nackenkeloid (Tièche) 118.
Nadel, chirurgische, verbesserte (Dukes) 25.
Näh- und Verbandsmaterial, Herstellung von aseptisch-sterilem (Schall) 130.
Nähte, in der Tiefe ausgeführte, Technik der (Réthi) 409.
Naevi pigmentosi pilosi des Gesichts, chirurgische Behandlung des (Jiano) 88.
Nagel, eingewachsener, Behandlung des (Loewe) 320.
—Extensionen, Steinmannsche, bei Oberschenkelbrüchen (Waegner) 77.
Narben-Verengerungen und sekundäre Fisteln nach traumatischen Schädigungen der männlichen Urethra, Behandlung der (Chironi fu Giovanni) 425.
Narkose, Allgemeines.
— s. a. Hedonalnarkose.
— s. a. Anästhesie.
— mit Äther, intravenöse (Kümmell) 338.
—, allgemeine (Gamolko) 21.
— —, statistische Mitteilungen (Moteki) 20.
— mit Chloralchloroform (Gourfinkel) 21.
— durch Mischung von Chloral-Stickstoffprotoxyd und Morphium-Stickstoffprotoxyd (Karakacheff) 21.
Narkose mit Chloroform, Behandlung der Nebenniereninsuffizienz nach (Plicque) 194.
— — — und Äther, Gerinnbarkeit des Blutes nach (Heully) 270.
—, Hedonal-, intravenöse (Pirrung) 128.
—, Inhalations-, in Verbindung mit Skopolaminmorphium und Skopolaminpantopon (Keim) 21.
— durch Insufflation (Tuffier u. Loewy) 406.
— mit Lotschapparat (Hübener) 194.
— mit Magnesium, Untersuchungen über (Starkenstein) 20.
— mit Pantoponscopolamin und Pantopon, weitere Erfahrungen mit (Johannsen) 271.
—Tod, sekundärer, Erfahrungen bei 4000 Narkosen (Keil) 270.
Narkotica, indifferente, Empfindlichkeit der Sauerstoffatmung gegenüber der; nebst Bemerkung über sauerstoffatmende Leberzellengranula (Warburg) 270.
Narkotiseur, Schwierigkeiten des (Hornabrook) 128.
Narkotisieren ängstlicher Menschen (Scholz) 271.
Nasaler Ursprung von okulo-orbitalen, intrakraniellen und cerebralen Komplikationen (Onodi) 134.
Nase s. a. Rhin . . . . .
—Fraktur s. Fraktur.
—Höhle und Hypopharynx, maligne Tumoren der (Ferreri) 139.
—Rachen, chronisch-entzündliche Geschwulst im (Fein) 139.
Nebenhoden-Lipome (Wildbolz) 245.
—Tuberkulose s. a. Tuberkulose der Geschlechtsorgane.
Nebenniere s. a. Addisonsche Krankheit.
—Entzündung vom chirurgischen Standpunkt (Delbet) 382.
—Insuffizienz nach Chloroformnarkose und ihre Behandlung (Plique) 194.
—, Knochenmarksgewebe in der (Hopf) 63.
— in Beziehung zu Recklinghausenscher Krankheit (Bosquet) 163.
Nebenschilddrüsen (Mac Callum) 283.
Nekrose- und Gangränformen, einige (Wieting) 392.
Nematoden und andere Parasiten bei Mammacarcinom; Nematodenbefunde bei Kontrolluntersuchungen (Paulsen) 209.
Nephrektomie, Grenzen der (Legueu) 105.
— bei Nierentuberkulose (Samurawkin) 167.
—, Wahl des Schnitts bei (de Butler) 308.
— und Schwangerschaft (Zoeppritz) 308.
Nephrektomierte Tiere, Veränderungen des Golgischen Fasernetzes im Nierenepithel von (Basile) 306.
Nephritiden, chronische, Prognose des Verlaufes von, durch Bestimmung der Harnstoffmenge im Blut; Untersuchungen über Ambardsche Konstante (Widal, Weill u. Vallery-Radot) 237.
—, traumatische (Pousson) 307.
Nephritis-Behandlung, chirurgische (Kümmell) 237.
—, einseitige akute infektiöse, und Perinephritis (Albrecht) 425.

Nephritis, Quecksilber-, 4 Fälle von Nierendekapsulation bei (Tisserand) 238.
Nephrolithiasis (Negrete) 383.
Nephropexie, Technik, Resultate und Indikationen (Marion) 239.
— bei Wanderniere (Ceccherelli) 65.
Nephrotomie bei Nierentuberkulose (Gayet) 426.
—, Technik der (Tschaika) 167.
Nervus, Nervi, Nerven.
— der Cauda equina, eigentümliche, nicht beschriebene Krankheit der, mit pathologisch-anatomischem Bericht (Kennedy, Foster u. Elsberg) 281.
—, Einpflanzung des, in den Muskel (Heineke) 3.
—Gewebe, implantiertes, Lebensdauer von (D'Abundo) 141.
—, Lähmungen der peripheren, nach Schußverletzungen (Oeconomakis) 18.
— laryngeus superior, Resektion bei Dysphagie der Tuberkulösen (Aboulker) 93.
— des Larynx, unterer, Sensibilitätsstörungen des Larynx bei Schädigungen der (Tonietti) 281.
— -phrenicus-Lähmung nach Novocaininjektionen am Halse (Manninger u. Borwoski) 406.
— —, Schulterschmerz, das Fernsymptom des, bei akuten chirurgischen Krankheiten der Bauchhöhle (Löffelmann) 288.
—, Schußverletzungen der peripheren, während der Balkankriege (Gerulanos) 19.
— splanchnici und Zwerchfelltonus (Kure, Ken, Hiramatsu u. Naito) 150.
—Systemkrankheiten, Stimmgabel, Vibrationsapparat, Aknophon, Diagnose durch Anwendung von (Breitmann) 37.
—Transplantationen bei poliomyelitischen Lähmungen (Maragliano) 30.
— -trigeminus-Neuralgie, Behandlung mit Alkoholinjektionen ins Ganglion Gasseri (Camp) 275.
— -vagus- und Accessoriusläsion, ein- und gleichseitige, und vollkommene Taubheit nach Schädelbasisfraktur (Lüken) 275.
— —-Verletzungen bei Exstirpation von Halsgeschwülsten (F. Weber) 35.0
Nervöse Erscheinungen infolge Fernwirkung von Kriegsgeschossen (Laurent) 193.
Netz s. a. Mesenterium.
—Adhäsionen (Müller) 362.
—Bruch s. Hernien.
—Echinokokkus, solitärer (Kleinschmidt) 361.
—Lappen, gestielte, und Fascienstreifen zur Pylorusausschaltung (Oliva u. Paganelli) 414.
—, zur Stillung von Leberblutungen (Beresnegowski) 61.
—Transplantation, Deckung von Darmverletzungen durch (Dawydoff) 157.
Neubildungen s. Geschwülste.
Neuralgie, spinale Brodiesche; hysterische Pottsche Pseudokyphose (Aimes) 280.
— des Nervus trigeminus, Behandlung mit Alkoholinjektionen ins Ganglion Gasseri (Camp) 275.
Neuro-Blastome (Wahl) 205.
—Fibrome der Haut, multiple (Schoonheid) 328.
Neurom des Plexus brachialis mit Wurzellähmungen (v. Gāza) 251.
Neurosen des Magens, Unterscheidung der, von organischen Krankheiten des Bauches (Giffin) 222.
—, vasomotorische, oder Basedowismus (Alquier) 95.
Nicolle, Vaccin von (Carle) 10.
Niere s. a. Blase.
— s. a. Harnwege.
— s. a. Nephr. . . .
— s. a. peri- und paranephritische.
— s. a. Ureter.
— s. a. Urethra.
— s. a. Wanderniere.
—Apparat, Physio-Pathologie und Klinik des des (Castellino) 427.
—Arterien, überzählige, Fall von (Harvey) 306.
—Becken s. a. Pyel. . . .
—Beckenentzündung s. a. Pyelitis.
—Becken, Wirkung der Kollargolinjektion ins (Eisendrath) 164.
—Carcinom, primäres (Jelenewski) 65.
—, Cysten- (Benjamin) 166; (Veil) 104.
—, Bedeutung der granulären Degeneration und cytolytischer Läsionen in der, nach Ligatur oder Excision der zweiten Niere (Jonnesco) 385.
—, Folgen ihrer Beweglichkeit für radiologische Diagnose der Nierensteine (Rafin u. Arcelin) 240.
—Dekapsulation, Wert bei Brightscher Krankheit, besonders in hartnäckigen Fällen (Lynch) 307.
— — bei Quecksilbernephritis, 4 Fälle von (Tisserand) 238.
—Diabetes (Strouse, Beifeld) 103.
—Drehung, experimentelle Studie (Razzaboni) 165.
—Dystopie s. Wanderniere.
—Echinokokkuscyste (González u. Pascual) 166.
—Eiterung, Fall von schwer zu deutender (v. Haberer) 426.
—Entzündung s. Nephritis.
—Epithel nephrektomierter Tiere, Veränderungen des Golgischen Fasernetzes im (Basile) 306.
—Funktion, Einwirkung von Operationen auf die, nachgewiesen durch Phenolsulphophthaleinprobe (Block) 236.
— —, neues diagnostisches Verfahren zur Bestimmung der (Meii) 424.
—Prüfung s. a. Ambardsche Konstante.
— — s. a. Indigocarminreaktion.
— — s. a. Kryoskopie.
— — s. a. Phenolsulfonphthaleinreaktion.
— — (Bauer, Habetin) 63; (Mark) 164; (Reed) 164.
— — mittels Harnkryoskopie und Phenolsulfophthaleinprobe (Goldberg) 426.
— —, moderne, Vergleich über die Wertigkeit der (Stevens) 306.
— und Gallenblasenschädigungen, gleichzeitig bestehende (Eliot, jr.) 160.
—Geschwülste s. Hypernephrome.
—, Hufeisen-, Kasuistik der (Fortunatowa) 166.
— —-, Trennung einer (Brongersma) 165.
—, isolierte, Methodik der Untersuchungen an (Gramenitzky) 236.

Nieren-Koliinfektion-Behandlung (Graff) 384.
—Krankheiten, diagnostische Methode bei (Lewis) 64.
—Lage, Einfluß der Dickdarmgekröse auf die (Jazuta) 165.
—Lager-Sklerose (chronische Nierenlagerblutung) (Kümmell) 166.
—, Mischgeschwülste der (Perrero) 65.
—Resektionen bei Verschmelzung und Verdoppelung der Nieren (Rumpel) 240.
—, primäres Rundzellensarkom von beiden (Schwers u. Wagner) 386.
—Ruptur, bei Peniscarcinom (Greensfelder) 245.
— —, subcutane, über 47 an der Leipziger Klinik von 1895—1911 beobachtete und behandelte Fälle von (Lüken) 236.
— —, Wert und Indikationen bei (Gilson-Herman) 103; (Lenormant) 64.
—Steine s. a. Litholapaxie.
— —, radiologische Diagnose der, infolge von Nierenbeweglichkeit (Rafin u. Arcelin) 240.
— —Krankheit s. Steinkrankheit.
— — —, doppelseitige und Nierentumor (Nogier, Reynard) 65.
— —Operation, große (McAlexander) 240.
— —Perforation, Paranephritis durch (Hahn) 104.
—Tuberkulose s. a. Tuberkulose der Niere.
— — und die Konstante von Ambard (Marion) 104.
—Tumor und doppelseitige Nephrolithiasis (Nogier, Reynard) 65.
— und Ureter, angeborene Anomalie der, unter dem klinischen Bilde eines perityphilitischen Abscesses (Oehlecker) 166.
—, Wander- (Morris) 98; (Morris) 240.
— —-, klinischer und experimenteller Beitrag zur Operation der (Tichý) 307.
— —-, mit seltenen Erscheinungen (Scandola) 165.
Noma, weiterer Fall operativ geheilter (Bergmann) 278.
Novocain-Injektionen am Halse, Nervus-phrenicus-Lähmung nach (Manninger u. Borwoski) 406.

Oberarm s. Humerus.
Oberkiefer-Cysten, follikuläre (Cohen) 278.
— — palatinal gewachsene (Hesse) 347.
—, Entfernung beider (Hiller) 28.
—Osteofibrom, zwei Fälle von (Kankelwitz) 201.
—Pneumokokkenostitis, hämatogene (Zilz) 347.
Oberschenkel s. Femur.
Obstipation, Behandlung mit Kolonexstirpation (Clark) 377.
— als chirurgische Krankheit (Bilhaut) 231; (Duval, Roux) 56; (F. J. Smith) 231; (Hertzler) 55.
—, chronische (Lorrel) 299.
— —, Diagnose und Behandlung der (Van Valzah Hayes) 101.
— —, Grundtatsachen der (Chapple) 55.
— —, Illustrationen charakteristischer Fälle von (Bainbridge) 57.
— —, röntgenologische Enthüllungen bei (Sledge) 231.
—Fälle, verzweifelte, operative Behandlung mittels einer neuen Methode (Ruge) 158.
Obstipation in bezug auf gastrische Symptome (Paterson) 101.
—, habituelle, Behandlung durch intraabdominale Ölung (Burrows) 299.
—, postoperative, behandelt mit Pituitrin (Poritt) 158.
Occipitallappengeschwulst, Symptomatologie der (Beving) 27.
Ödem, angioneurotisches (Munger) 251.
Ölung, intraabdominale, zur Behandlung habitueller Obstipation (Burrows) 299.
Oesophagus-Carcinom, neue Technik der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose des (Bassler) 356; (Charlier) 96.
—, Chirurgie des thorakalen Teiles des (Alexejeff) 146.
—, Exstirpation von Fremdkörpern aus dem (Feyo u. Castro) 356.
—Fremdkörper (Jurinac) 357.
— und Kardia-Leiomyom (Milovanović) 210.
—Krankheiten (Della Vedova) 210.
— —, Beitrag zur radioskopischen Diagnose der (Marchesi) 210.
—Plastik, klinische und experimentelle Beiträge zur (Théodoroff) 357.
—Resektion, Witzels Verfahren (Schwers) 38.
—Stenosen, verbesserte Methode zur Dilatation von (Sippy) 146.
— —, neues Hilfsmittel für die Diagnose von (Crump) 96.
Ohr s. Otitische und Labyrinth.
—Klinik, Göttinger, ihr übliches Verfahren der Mastoidoperationen; erweiterte typische Aufmeißelung (Uffenorde) 277.
— und Schädelverletzungen (Delsaux) 88.
—Speicheldrüse s. a. Parotis.
— —, Möglichkeit eines Kollateralkreislaufs des Sekretabflusses der (Ferrarini) 139.
Okulo-orbitale Komplikationen nasalen Ursprungs (Onodi) 134
Omentum majus s. Netz.
Operation oder Bestrahlung (Chr. Müller) 332.
—, 6825 chirurgische, in der Mayoschen Klinik 1913, Komplikationen nach (Beckman) 260.
—Gebäude, neugestaltetes, des Eppendorfer Krankenhauses (Kümmell) 81.
—Zimmer kleiner Landspitäler, Beleuchtung von (Neumayer) 341.
Orbita, Transplantation von Epidermisschollen in die, um bei Symblepharon das Tragen eines künstlichen Auges zu ermöglichen (Magitot) 346.
—, Fremdkörper in der (Schurawljeff) 138.
—, Gumma der (Oretschkin) 138; (Werner) 346.
—Verletzungen, tiefe, mit nachfolgender Sehnervenatropie (Kirschmann) 138.
Orbital-Carcinome, 6 unter Erhaltung des Auges operierte (Rollet) 201.
Orthopädie, Lehrbuch der (Lange) 1.
—, moderne operative (Vulpius) 321.
Orthopädische Ansichten über Frakturbehandlung (Jones) 13.
— Operationen, mit anschließender Fettembolie (Turner) 2.

Os acromiale secundarium, Bursitis subdeltoidea und isolierte Fraktur des Tuberculum maius humeri in ihrer klinischen und praktischen Bedeutung (R. Maier) 316.
— lunatum, Kompressionsfraktur und traumatische Erweichung des (Guye) 393.
— naviculare Luxation s. Luxation.
— — pedis-Fraktur s. Fraktur.
— sacrum s. Kreuzbein.
Osteitis deformans (Paget) auf einen einzigen Knochen beschränkt (Hurwitz) 398.
Osteo-Arthitis, Behandlung der chronischen (Roberts) 109.
— deformans juvenilis (Perthes) typische Belastungsdeformität (Drehmann) 398.
—Arthropathie pneumique, hypertrophierende (Marie) (Gilmour) 109.
—Chondrome, multiple kongenitale, mit Degeneration der Gehirnnerven und muskulärer Dystrophie (Boggs) 89.
—Fibrom des Oberkiefers (Kankelwitz) 201.
—Genesis imperfecta, anatomische Grundlage der (Hart) 402.
Osteome, Muskel-, des Psoas, multiple, Diagnose allein durch Röntgenstrahlen (Marie u. Escande) 255.
— der Stirnhöhle (Zumhasch) 346.
Osteomyelitis, autoplastischer Ersatz der dadurch zerstörten Tibiadiaphyse durch die Fibula; Neubildung der Tibia in der Umgebung des Transplantats (Lapeyre) 256.
— des Darmbeins (v. Bergmann) 109.
—, Dauerresultate bei (Oser) 108.
— des Kindesalters, akute und chronische infektiöse (Klemm) 314.
— der langen Röhrenknochen, Behandlung der akuten (Dyas) 70.
— des Schambeines (Maliss) 397.
— sterni (Schaechtl) 209.
— der Wirbelsäule, primäre akute (Michailesco) 203.
Osteo-Plastik s. a. Transplantation von Knochen.
—plastischer Verschluß retroaurikulärer Öffnunge nnach Antrumoperationen (Becker) 277.
—psathyrosis idiopathica, insbesondere Osteogenesis imperfecta, anatomische Grundlage der (Hart) 402.
—Synthese, bei diacondylärer Schrägfraktur des des Oberschenkels (Rochet) 78.
Osteotomie, bogenförmige, bei Winkelankylosen und arthrogenen Contracturen des Knies (W. Schmidt) 318.
— am unteren Femurende bei Flexionscontractur des Knies (Osgood) 176.
Ostitis fibrosa bei angeborener Fraktur (Stierlin) 431.
Otitischer Ursprung von Hirnabscessen, paradoxale Fälle von (Wojatschek) 198.
Otogene septische Allgemeininfektionen, chirurgische Eingriffe bei (Kümmell) 135.
— Pyämie (Schmidt) 135.
— Ursprung multipler Hirnabscesse (Geschelin) 135.
Oudinscher Strom s. Hochfrequenzstrom.
Ovarien-Geschwülste vorgetäuscht durch Dickdarmcarcinom (Kubinyi) 418.
Pagetsche Knochenkrankheit auf einen einzigen Knochen beschränkt (Hurwitz) 398.
Palpation der Ileocöcalgegend, methodische, mit besonderer Berücksichtigung der ektopischen Eileiter (Hausmann) 313.
Pankreas-Carcinom (Chavannay u. Guyot) 163.
— und peripankreatisches Gewebe, Fettnekrose des (Verdozzi) 235.
—Krankheiten, funktionelle Diagnostik der (Bylina) 162.
—Nekrose, postoperative (Jenckel) 380.
—Transplantation, Versuche freier (Nemiloff) 62.
Pankreatitis, akute (Dietrich) 304.
—, akute, chirurgische Behandlung der (Dreesmann) 305.
— —, klinische Studie über 7 Fälle, 5 durch Operation geheilt (Barker) 424.
—, chronische (Deaver u. Pfeiffer) 380.
Pantopon-Scopolamin-Narkose s. a. Narkose.
— und Pantopon-Scopolaminnarkose, weitere Erfahrungen mit (Johannsen) 271.
Papillome des Larynx (Decherd) 94.
—, multiple, des Kehlkopfes (Stucky) 94.
Paraffin-Behandlung als lokales Kataplasma (Sandfort) 23.
—Carcinom; Kohle- und Petroleumprodukte als Ursachen von chronischer Reizung und Carcinom (Davis) 187.
Paralyse, Parese s. Lähmung.
Para- und perinephritisch s. a. unter Nephr...
—Nephritis durch Nierensteinperforation (Hahn) 104.
Paraplegie, zwei Fälle gebessert durch Operation (Camp) 350.
—, schnellverlaufende, bei Pottschem Buckel, Heilung in einigen Tagen durch Abbottsche Behandlungsmethode (Mayet) 203.
—, spastische s. Littlesche Krankheit.
Parasiten bei Mammacarcinom; Nematodenbefunde bei Kontrolluntersuchungen (Paulsen) 209.
—, Rolle der, bei Appendicitis (Van Gaver) 52.
Parastruma, über die (Jaeger) 33.
Parathyreoideae s. Nebenschilddrüsen.
Parietallappen, linker, und Balken, Gliom des, mit doppelseitiger Apraxie, Tod nach Lumbalpunktion (Laignel-Lavastine u. Lévy-Valensi) 277.
Parotis- und Submaxillardrüse, interglanduläre Anastomose der, zwecks eines kollateralen Exkretionsweges (Ferrarini) 201.
—, postoperative, Behandlung der (Pólya) 409.
Pars opercularis des Gyrus frontalis inferior, neues Verfahren zur Aufsuchung der, mit speziellem Bezug auf die praktische Chirugie (Marchesi) 196.
Patellar-Fraktur, neues Symptom bei der (Dreyer) 79.
—Luxation s. Luxation.
— —, habituelle (Luxembourg) 256.
—Verletzung, seltene Form von (A. Lehmann) 318.
Pellidol und Azodolen bei Behandlung der Ulcera cruris (F. Fischer) 319.
Penis-Carcinom, Nierenruptur bei (Greensfelder) 245.

Penis-Spaltung (Doppelpenis), vollkommener angeborener (Trenkler) 69.
Peptisches Geschwür s. Ulcus pepticum.
Pepton-Witte, Einspritzungsgefahr von, bei Behandlung der familiären Hämophilie (Lerboullet, Vaucher) 2.
Perforations-Peritonitis s. Peritonitis.
Pericolitis membranacea und postoperatives subcutanes Emphysem bei Appendixexstirpation (Carboni) 297.
— —, Colitis mucosa und Appendicitis, Wechselbeziehungen zwischen (Benjamin) 299.
— membranosa s. a. Jacksonsche Membran.
— —, Diagnose und chirurgische Behandlung (Duval, Roux) 56.
—, membranöse (Jacksonsche Membran) und Lanesche Knickung (Ryan) 217.
— und Kolitis, tuberkulöse, s. Tuberkulose.
Perigastrische Verwachsungen der kleinen Kurvatur im Röntgenbilde (Krafft) 225.
Perigastritis adhaesiva, beim Magengeschwür (Girode) 41.
Perikard-Ergüsse, große, Punktion der (Moog) 286.
— und Herz, anatomisch-chirurgische Bemerkungen zur direkten Behandlung der Verwachsungen zwischen (Delorme) 360.
—, Kugel im (Armstrong) 149.
—Verwachsung und Operation der Kardiolyse (Dock) 413.
Perikarditis, adhäsive, und Verlust der beim Übergang aus der horizontalen zur aufrechten Körperhaltung normalerweise eintretenden Vertikalverschiebung des Herzens (Achelis) 360.
Perimetrium und Rectum, fibröse Verwachsungen zwischen (Fiolle, J. und P. Fiolle) 60.
Perinephritis und einseitige akute infektiöse Nephritis (Albrecht) 425.
Perinephritisch s. a. unter Nephr....
Periostitis, traumatische, der Lenden-Kreuzbeinwirbelsäule, Diagnose der (Coon) 280.
—, Überanstrengungs-, Spontanfrakturen nach (Kolepke) 175.
Peripankreatisches Gewebe und Pankreas, Fettnekrose des (Verdozzi) 235.
Peristaltin, nach Laparotomien (Flatau) 39.
Peritoneale Adhäsionen, Experimente zur Vermeidung (Pribram) 39.
— — toxischer Natur (Morris) 363.
—, Retro-, Cystenbildung (Rimann) 361.
Peritoneal-Tuberkulose s. Tuberkulose.
Peritoneum, Ätherwaschung des (Mériel) 217; (Santy) 39; (Souligoux) 218.
—, ascitische Form der Tuberkulose des, Behandlung nach Capparoni (Setti) 98.
—Falten, fötale, von Jonnesco, Treves und Reid und ihre wahrscheinlichen Beziehungen zu Jacksonscher Membran und Lanes Schleife (Eastman) 216.
Peritonitis, Verfahren zur Behandlung von (Moore) 289.
—, Darmverschluß im Verlaufe der tuberkulösen (Posin) 98.
—, Klinik der tuberkulösen (Morris) 98.
— und postoperative Magendarmatonie, Behandlung mit Dauerdrainage des Magens (Pauchet) 371.
Peritonitis, Pneumokokken-, der Kinder (Segagni) 150.
—, Streptokokken-, genitalen Ursprungs bei Mädchen von 4½ Jahren (Schwers) 364.
—, tuberkulöse (Judd) 218.
— —, Röntgenbehandlung der (Albertario) 40; (Molard) 40.
Perityphlitis s. Appendicitis.
— chron., Insuffizienz der Valvula Bauhini bei (Lohfeldt) 374.
Permanganat-Reaktion nach Weiss im Harn Tuberkulöser, prognostischer Wert von (Vitry) 310.
Perniziöse Anämie s. Anämie, perniziöse.
Pes s. a. Fuß.
— valgus s. Plattfuß.
— varus s. Klumpfuß.
Petroleum- und Kohleprodukte als Ursachen chronischer Reizung und Carcinoms (Davis) 187.
Pfählungsverletzungen (Bengsch) 362.
Pfannenstillsche und Friedmannsche Behandlung der Larynxtuberkulose (Sobernheim) 206.
Pferdeserum-Verbände in der Kinderheilkunde, besonders bei Verbrennungen (Barlerin) 334.
Pflasterbehandlung der Mittelfußknochenbrüche (Szubinski) 80.
Pfortaderverschluß, Pathologie und Behandlung; experimentelle Untersuchungen über die Eck'sche Fistel (Endalen, Holz u. Magnus-Alsleben) 160.
Phenolsulfonphthaleinprobe s. a. Kryoskopie.
— und Harnkryoskopie im Dienste der Nierenfunktionsprüfung (Block) 236; (Goldberg) 426.
Phimosen-Behandlung im Kindesalter (Rominger) 386.
—, Therapie der (Loewe) 69.
Phlebitis bei Maltafieber (Cantani) 173.
— der Vena saphena (Morris) 98.
Phlegmone und Abscesse am Hals (Mauclaire) 205.
— des Dünndarms, Pathologie der (W. Müller) 372.
Phlegmonöse Prozesse des Magendarmkanals (Saar) 45.
Phosphor- und Jodgehalt der fötalen Schilddrüse (Fenger) 142.
Physiologie des Hirns (Trendelenburg) 131.
Phytotrichobezoar (Treplin) 374.
Pituitrin bei postoperativer Darmstase (Porritt) 158.
Plastiken, Gesichts-, operative, Beitrag zum Studium der (Dibernardo) 342.
—, Gesichts-, operative; Wangenplastik nach der Methode von Israel-Hahn (Dibernardo) 342.
Plattfüße und ihre Folgeerscheinungen (McIlhenny) 256.
Pleura-Empyem s. Empyem.
—Geschwülste, primäre bösartige, Diagnostik der (Grossmann) 211.
—, Lufteinblasung in die, nach Thoracocentese (Sorel) 284.
Pleurale und pulmonale Komplikationen des tropischen Leberabscesses (Thompson) 232.
Pleurektomie, viscerale, bei chronischem Empyem (Mayo u. Beckman) 210.

Plexus brachialis-Anästhesie, vollständige Lokalanästhesie der oberen Extremität (Strachauer) 430.
— —, Kollaps nach supraclavicularer Anästhesie des (Neuhof) 128.
— —, die traumatische Lähmung des (Elsner) 72.
— —, solitäres Stammneurom des, und Wurzel-, Durchflechtungs- und Endlähmungen des Plexus (v. Gäza) 251.
—Pfropfung bei spinaler Kinderlähmung (Katzenstein) 72.
Plombierung, sofortige, bei Pneumolyse (Baer) 412.
Pneumokokken-Ostitis des Oberkiefers, hämatogene (Zilz) 347.
—Peritonitis der Kinder (Segagni) 150.
— als Ursache von Rückenmarksentzündungen (Bachmachnicoff) 204.
—Vaccine-Injektionen zur Behandlung von Psoasabsceß (Walker) 254.
Pneumolyse mit sofortiger Plombierung (Baer) 412.
Pneumonien und Bronchitiden, postoperative, Behandlung und Prophylaxe mit Menthol-Eucalyptol-Injektionen (Technau) 114.
Pneumothorax, artifizieller, zur Heilung pleuropulmonaler Eiterung mit Hämoptöe (Leuret u. Aubert) 359.
—, —, zur Heilung von Lungenabsceß oder interlobärem Empyem durch den Bronchus entleert (Leuret u. Aubert) 359.
—, —, bei Behandlung der Lungentuberkulose (Frank u. v. Jagic) 285; (Hervé) 148; (Lebedeff) 148; (Lortkipomidse) 212; (Ponzi) 149; (Voorsanger) 38; (Zimmermann) 38.
—, —, zur Methodik des (Moritz) 358.
—, —, kombinierte Methode der Auskultation und Perkussion zur Bestimmung der Grenze der komprimierten Lunge beim Anlegen des (E. Schulz) 148.
—, —, unmittelbare Resultate (Meyer) 212.
— —, Technik der (Hofvendahl) 38.
—Bilder bei Lungentuberkulose (Dorendorf) 412.
—, künstlicher, Verlegung des Lymphsystems der Lunge durch den (Derscheid) 97.
—, —, physikalische Zeichen (Lubinski) 38.
Poliomyelitis anterior, akute (R. Jones) 349.
Poliomyelitische Lähmungen, Nerventransplantationen bei (Maragliano) 30.
Polycythämie, der Wert der, für die Diagnose des Duodenalgeschwürs (Friedman) 45.
Polydaktylie und Teratom der Hypophyse, Beitrag zum Studium der morphogenetischen Einflüsse von Drüsen mit innerer Sekretion auf die Organogenese (Bertolotti) 345.
Polyposis recti und Rectumcarcinom, hereditäre Beziehungen zwischen (Jüngling) 59.
Polyurie, experimentelle, zum Studium der (Pirondini) 385.
Pontocerebellar . . . s. Kleinhirnbrückenwinkel . . .
Portio-Amputation, hohe, und Vaginaresektion beim Genitalprolaps; Indikationen und Erfolge der Bouillyschen Operation (Lenormant u. Petit-Dutaillis) 388.
—Carcinom, Tuberkelknötchen im (E. Schmidt) 387.
Pottscher Bruch s. Fraktur des Unterschenkels.
— Buckel, Behandlung nach der Methode von Lannelongue (Broca) 30.
— —, Heilung von schnellverlaufender Paraplegie bei, durch Abbottsche Behandlungsmethode (Mayet) 203.
— Krankheit, Rückenlage in der Behandlung der (Packard) 348.
— Pseudokyphose, hysterische; spinale Neuralgie (Aimes) 288.
Prices' Ellbogen, Identität mit Lanes Schleife (Kennedy) 365.
Processus vermiformis s. Appendix.
Projektil s. Geschoß.
Promontorium-Resektion zwecks Beckenerweiterung und künstliche Vaginabildung (Engelmann) 312.
Pronation und Supination von Vorderarm und Hand, Radiokinematographie der (Privat-Garilhe) 75.
Properitoneal . . . s. Peritoneal . . .
Prostata, anatomischer Bau der (Porosz) 170.
—Carcinome (Neuber) 69.
— und Blasen-Geschwülste, Behandlung mit Radium (Le Fur) 383.
—Hypertrophie (Saint-Pierre) 67.
— —, Behandlung mit Bottinischer Operation (Perrier) 68.
— —, Behandlung auf endourethralem Wege (Luys) 244.
— —, operative Behandlung der (Cábot) 106; (Wildbolz) 243.
— —, totale Prostatektomie bei (Grinenko) 244.
— —, Untersuchungsmethode (Marion) 428.
—Kontusion (Loumeau) 442.
—Krankheiten, bösartige, Diagnose und Behandlung der Frühstadien der (Young) 428.
—Sekret (Strassberg) 243.
Prostatektomie (Ferulano) 68; (v. Lichtenberg) 387; (Rihmer) 428.
—, Indikationen zur (Waldschmidt) 170.
—, Lokalanästhesie bei (Legueu) 170, 312.
—, neue kombinierte Methode der (Thomas) 170.
—, Vor- und Nachbehandlung (Paschkis) 68; (Wichard) 311.
—, zweizeitige (Carlier) 312.
Prostatische Retention, Mechanismus bei (Keyes, jr.) 67.
Prostatitis, chronische (Kemble) 107.
Pruritus ani, Ätiologie und Behandlung (Murray) 421.
— — bei latenten Hämorrhoiden (Matignon) 378.
Pseudarthrose, angeborene, und intrauterine Fraktur des Unterschenkels (Wanietschek) 400.
Pseudo-Coxitis, Calvés (Roberts) 399.
—Kyphose, hysterische Pottsche; spinale Brodiesche Neuralgie (Aimes) 280.
— membranöse Pyelitis (Wiener) 238.
Psoas-Absceß, Behandlung mit Injektionen von Pneumokokkenvaccine (Walker) 254.
—Muskelosteome, multiple, Diagnose allein durch Röntgenstrahlen (Marie u. Escande) 255.
Psychische Anomalien bei Störungen der Drüsen ohne Ausführungsgang (Cushing) 28.
Puerperal-Infektion, Behandlung durch Fixationsabsceß (Godart) 260; (Santi) 246.

Puerperal-Sepsis, prophylaktische Anwendung von sensibilisierten Bakterienvaccinen bei (Champtaloup) 260.
Pulmonale und pleurale Komplikationen des tropischen Leberabscesses (Thompson) 232.
Pulmotor, Anwendung des (Dibble) 195.
Pupillen-Starre, doppelseitige reflektorische, nach Schädeltrauma (Finkelnburg) 275.
— —, isolierte, reflektorische bei Fehlen von Paralyse, Tabes und Syphilis cerebrospinalis (Nonne) 26.
—Störungen, isolierte syphilogene, Bedeutung der Liquoruntersuchung für die Prognose von (Nonne) 408.
Pyämie, otogene (Schmidt) 135.
Pyelitis s. a. Nierenbecken.
— gravidarum (Bauereisen) 307.
— im Kindesalter (Freeman) 104.
—, pseudomembranöse (Wiener) 238.
—, Uretero-, Beitrag zur Symptomatologie der (Meyr) 238.
Pyelocystitis im Kindesalter, Ätiologie und Diagnose der (Stiner) 425.
Pyelonephritis, Ätiologie und Diagnose der (Maclure) 166.
— bei Schwangerschaft, Heilung durch Autovaccine (Weymeersch) 104.
Pylephlebitis, Pathologie und Diagnose der (Schottmüller) 378.
Pyloroplicatio und Pylorotorsio (Mertens) 226.
Pylorospasmus und habituelles Erbrechen bei Säuglingen (Liefmann) 154.
—, röntgentechnischer Wink (Smithies) 41.
Pylorus s. a. Magen.
—Ausschaltung durch Fadenumschnürung (Guleke) 45.
— — mittels Fascienstreifen bei Duodenal- und Pylorusgeschwür (Röpke) 156.
— — mittels Fascienstreifen und gestielten Netzlappen (Oliva u. Paganelli) 414.
— — und Indikationen, neue spezielle Indikation der Ausschaltung (Bastianelli) 295.
— —, Röntgenbefunde nach (Bársony) 413.
—, Funktion der offenen Gastroenterostomie in Fällen von durchgängigen (Hartmann) 226.
— und Duodenalgeschwür, Pylorusausschaltung mittels Fascienstreifen bei (Röpke) 156.
—Pseudostenose durch Hepatoptose (Pron) 416.
—Stenosen (Schwartz) 154.
— —, angeborene (Hill) 366.
— — biliären Ursprungs (Tuffier) 366.
— —, hypertrophische, beim Erwachsenen (Hartmann) 295.
—Tuberkulose s. Tuberkulose.
—Ulcus s. Duodenalgeschwür.
— — s. Magengeschwür.

Quarzlampe und Kupfer zur Heilung von Ulcus rodeus, zwei weitere Fälle (Weiss) 342.
Quecksilber-Nephritis, 4 Fälle von Nierendecapsulation bei (Tisserand) 238.

Rachenmandel (Blumenthal) 202.
Rachitis, experimentelle (Koch) 4.
—, Spät- (Bickel) 259.
Radicotomie-Anatomie und -Physiologie nach Förster (H. Richter) 409.
Radikaloperation von Rezidivhernien (Schloffer) 40.
Radioaktive Substanzen (Meitner) 131.
— Substanzen und Röntgenstrahlen bei Uteruscarcinom mit pathologischen Untersuchungen (Rubin) 313.
Radioelemente, die (Mesernitzky) 131.
Radiographie in der Chirurgie der Harnwege (Eisendrath) 164.
Radiographische Funktionsprüfung bei lateraler Coecosigmoidostomie (Duval u. Roux) 372.
— Lokalisationsmethode von Fremdkörpern (Hirtz) 87.
Radiokinematographie der Pronation und Supination von Vorderarm und Hand (Privat-Garilhe) 75.
Radiolymphe, experimentelle Untersuchungen mit (Freund) 88.
Radium (Mesernitzky) 131.
—Wirkung auf den Bacillus leprae (Verteuil) 9.
—Behandlung beim Carcinom (Janeway) 188.
— — bei Gelenkprozessen; ihre Erfolge (Chailzis) 249.
— — von Geschwülsten der Blase und Prostata (Le Fur) 383.
— — von Hautcarcinomen mit Einzel- oder Massivdosen (Clark) 189.
— und Röntgenbehandlung bei Lupus vulgaris (Belot u. Nahan) 325.
— — — in Verbindung mit chirurgischer Entfernung bei Lymphosarkomen des Halses (Bégouin) 205.
— — — bei Mikuliczscher Krankheit (Chuiton und Aubineau) 29.
—Behandlung zur Heilung von inoperablem Urethrascheidencarcinom (Legueu u. Chéron) 247.
— — bösartiger Wucherungen (Abbe) 265.
— und Mesothorium-Bestrahlungen von Carcinomen der oberen Luft- und Speisewege (Albanus) 352.
— und Röntgenstrahlen, Einwirkung auf innere Organe, insbesondere Milz (Heineke) 381.
—Therapie, Dauerresultate bei Lupus (Milani) 84.
— —, Grenzen der, in der Behandlung tiefsitzender Carcinome (Bayet) 120.
— intraperitoneale Verwendung von (Freund) 313.
Radius-Defekt, angeborener (Fraser, Robarts) 70.
—Ende, unteres, Frakturen des, beim Kind (Vulliet) 253.
— und Malleolenfraktur, Verhütung, schlechter Resultate bei (Hertzberg) 75.
Recklinghausensche Krankheit, Beziehungen zu Drüsen mit innerer Sekretion, besonders zu Nebennieren (Bosquet) 163.
Reclus-Methode der Lokalanästhesie bei Operationen der großen Chirurgie (Catz) 194.
Recto-Romanoskop, Untersuchung mit (Melocchi) 25.
—Urethralfisteln, chirurgische Behandlung der (Viko) 60.
—Vaginafistel, hohe, Behandlung auf abdominalem Wege nach vorheriger Colostomie (Eden) 246.

Rectum s. a. Dickdarm.
— s. a. Flexurasigmoidea.
—Carcinom - Exstirpation, abdomino - perineale (Pauchet) 418.
— — und Polyposis recti, hereditäre Beziehungen zwischen (Jüngling) 59.
—Exstirpation, Gefäßunterbindungen zur Mobilisation des Kolon bei (Schwartz, Conet) 58.
— und Flexura sigmoidea, innere Prolapszustände der Schleimhaut des (Reizenstein) 159.
—, Fremdkörper im (Fowler) 422.
—Geschwulst, zottige (Goebel) 159.
— und Perimetrium, fibröse Verwachsungen zwischen (Fiolle, J., P. Fiolle) 60.
—Stopfrohr (Barnes) 61.
—Strikturen, narbige, einfaches Verfahren zur Heilung von (Pólya) 420.
— Uretereinpflanzung in das, bei Blasenektopie (Maydlsche Operation) (Simpson) 66.
—, Varikose und Cavernose des (Kausch) 59.
Reflex-Epilepsie und ihre chirurgische Behandlung (Kalischer) 198.
Renaler Diabetes (Strouse, Beifeld) 103.
Ren mobilis s. Wanderniere.
Retention, prostatische, Mechanismus bei (Keyes, jr.) 67.
Retroperitoneal . . . s. Peritoneal . . .
Reyns Elektrolyse, Behandlung tuberkulöser Leiden der Schleimhaut der oberen Luftwege) Strandberg) 31.
Rezidivhernien, Radikaloperation von (Schloffer) 40.
Rheumatismusfrage, ätiologisches in der (Singer) 110.
Rhino-Laryngologen, neue Gesichtsmaske zum Schutz gegen Tröpfcheninfektion für (Lautenschläger) 195.
—Neoplastik, totale (Joseph) 201.
Riesenwuchs s. a. Akromegalie.
—, partieller kongenitaler (Silvestrini) 76.
Riesenzellensarkom s. Sarkom.
Rippen s. a. Halsrippen.
—, erste, und Schlüsselbein, Exstirpation bei bösartiger Krankheit (Fort) 315.
— des Halses, Übergangsform der (Dupre) 410.
Röntgen-Apparate in den Feldlazaretten im Serbisch-Bulgarischen Kriege 1913 (Grinenko) 127.
—Befunde am normalen Magen (Hartung) 221.
— — bei Magen- und Duodenalgeschwüren (Case) 370.
— — nach Pylorusexklusion (Bársony) 413.
—Behandlung s. a. radioaktive Substanzen.
— — tuberkulöser Drüsen (Mowat) 410.
— — bösartiger Geschwülste (Kotzenberg) 189.
— — des tiefgreifenden Hautcarcinoms (Wichmann) 328.
— — des Carcinoms (König) 121.
— — der tuberkulösen Peritonitis (Albertario) 40.
— und Radiumbehandlung bei Lupus vulgaris (Belot u. Nahan) 325.
— — — in Verbindung mit chirurgischer Entfernung bei Lymphosarkomen des Halses (Bégouin) 205.
Röntgen- und Badiumbehandlung bei Mikuliczscher Krankheit (Chuiton und Aubineau) 29.
—Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (Denks) 263.
—Bilder zur chirurgischen Anatomie und Pathologie des Dickdarms (Hanes) 299.
—Bild, Dilatationen des Duodenums im, bei direkter Füllung (David) 370.
— — von Invaginatio ileocoecalis (Groedel) 232.
— — der perigastrischen Verwachsungen der kleinen Kurvatur (Krafft) 225.
— — der Sella turcica bei Krankheiten der Hypophyse (Fearnsides) 345.
—Diagnose der Gestaltsveränderungen des Magens (Simon u. Caussade) 373.
— — der Nierensteine infolge von Nierenbeweglichkeit (Rafin u. Arcelin) 240
— — von Fremdkörpern im Oesophagus (Charlier) 96.
— — der Oesophaguskrankheiten (Marchesi) 210.
— — von multiplen Muskelosteomen des Psoas (Marie u. Escande) 255.
—Diagnostik des Magencarcinoms (Nemeneff) 157.
— — des Magendarmkanals, Bariumsulfat als Kontrastmittel in der (Crone) 151.
— — im Vergleich mit klinischer Diagnostik bei Tracheo-Bronchialdrüsenkrankheit beim Kind (Spéder u. Dubourg) 283.
—Durchleuchtung in der Chirurgie der Harnwege (Eisendraht) 164.
— — mit Schutzvorrichtungen für den Untersucher, zwei Einrichtungen für (Arcelin u. Pélissé) 195.
—Institut, chirurgisches, am Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf (Gocht) 87.
Röntgenographische zeitliche Aufnahme der Halswirbelsäule (Pesci) 279.
— Profilaufnahmen der Wirbelsäule bei Spondylitis (Clavé, Lelièvre) 29.
Röntgenologische Enthüllungen bei chronischer Obstipation (Sledge) 231.
Röntgenologisch Erkennbares beim Duodenalgeschwür (Schlesinger) 155.
Röntgen-Strahlen-Behandlung und Anionenbehandlung (Steffens) 195.
— — bei Behandlung von Carcinom (Fowler) 405; (Haendly) 187.
— — — als Ursache von Gewebe- und Geschwülsteveränderungen (v. Hansemann) 195.
— — — und Vulvacarcinom (A. Winkler) 172.
— — zur Beeinflussung von Hyperthyreoidismus (Birdsall) 282.
— und Radiumstrahlen, Einwirkung auf innere Organe, insbesondere Milz (Heineke) 381.
—Strahlen-Reizdosen bei Heilung von Knochenfrakturen (Fraenkel) 266.
— —, Schutz der Kranken gegen Hautreizung bei Durchleuchtung und Aufnahme mit (Ledoux-Lebard) 407.
— — und radioaktive Substanzen bei Uteruscarcinom mit pathologischen Untersuchungen (Rubin) 313.
— — zur Zerstörung des lymphoiden Gewebes zur Begünstigung heteroplastischer Gewebstransplantation (Murphy) 185.

Röntgen-Untersuchung bei lateraler Coecosigmoidostomie (Vuval u. Roux) 372.
— —, Bedeutung der für die Erkrankungen des Darmes (Cohn) 48.
— — zur Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs (Friedenwald u. Baetjer) 293.
— und histologische Untersuchungen nach Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica (Conradi) 401.
—Untersuchung, neue Technik der, für die Frühdiagnose von Carcinom des Oesophagus (Bassler) 356.
—Verfahren, Leitfaden des, für das röntgenologische Hilfspersonal (Fürstenau, Immelmann, Schütze) 25.
Rolandsche Gegend, Cysten der (Giorgi) 198.
Rosenbachsches Tuberkulin zur Behandlung der Tuberkulose (Kovács) 83.
Rückenlage in der Behandlung der Pottschen Krankheit (Packard) 348.
Rückenmark s. a. Foerstersche Operation.
— s. a. Hämatomyelia.
—Entzündungen durch Pneumokokken (Bachmachnicoff) 204.
—, Untersuchungen über Veränderungen im (D. Abundo) 411.
—Wurzeln, Durchschneidung der hintern (Foersters Operation), Erfahrungen mit (Job) 30.
Rückgratverkrümmungen s. Skoliosen.
Rundzellensarkom beider Nieren, primäres (Schwers u. Wagner) 386.
Ruptur des Mesenteriums, isolierte (Saalmann) 296.

Säuglinge mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen (Liefmann) 154.
Sakral- und Lokalanästhesie bei Laparotomien (Traugott) 86.
Salvarsan-Behandlung, intradurale, nach Swift-Ellis bei Paralyse (Myerson) 26.
— — des Milzbrandkarbunkels (Bubert) 261.
—Injektionen, Methode der schnellsten Darstellung absolut steriler Kochsalzlösungen für (Taege) 259.
—, Kupferverbindungen, Aurum-Kalium cyanatum, zur Lupusbehandlung (Schönfeld) 262.
—Tod, Ursache und Verhütung; intravenöse oder intramuskuläre Salversaninjektion (Schindler) 184.
Samenblasenoperationen, Indikationen für (Squier 386.
Sanduhr-Blase s. Blase.
—Magen s. Magen.
Sarcina tetragena, Mutation bei (Eisenberg) 114.
Sarkom, doppelseitiges, der nicht herabgestiegenen Hoden (Smith) 69.
—, glioblastisches, des Kleinhirns und der Brücke (Borzekowska-Lewin) 27.
—, Hühner-, histologische Variationen eines, mittels filtrierbarem Agens erzeugt (Rous) 332.
— des Humerus, Exarticulatio interscapulothoracica wegen (Soubeyran) 173.
— der Leber, primäre, und bessere klinisch-anatomische Erkennung der Leberneubildungen (Pisano) 304.
Sarkom des gastrokolischen Ligaments (Galpern) 369.
— des Magens (Frazier) 296.
— —, primäres, klinisch und histologisch eigenartiger Fall von (Schiller) 101.
—, Rundzellen-, beider Nieren, primäres (Schwers u. Wagner) 386.
Sattelnasen, operiert nach Israel-Diakanoff (Feigin) 91.
Sauerstoff zur Behandlung stinkender Abscesse (Steinmann) 24.
—Atmung, Empfindlichkeit der, gegenüber indifferenten Narkotica, nebst Bemerkung über sauerstoffatmende Leberzellengranula (Warburg) 270.
—Einblasung in die Luftröhre bei Atemlähmungen (Leschke) 114.
Schädel-Basis, Verfahren zur Freilegung der Gebilde an der (Frazier) 341.
— —Frakturen s. Frakturen.
—Frakturen s. Frakturen.
—Höhle, spätere Projektilentfernung aus der (Mingazzini, Alessandri) 88.
—, Kriegsverletzungen des (Laurent) 268.
—Schüsse im Kriege (Breitner) 16.
—Schußverletzungen in beiden Balkankriegen (Laurent) 125.
—Syphilis mit großen Sequestern, 2 Fälle von (Nicolas, Moutot u. Gaté) 196.
—Trauma, doppelseitige reflektorische Pupillenstarre nach (Finkelnburg) 275.
— und Ohrverletzungen (Delsaux) 88.
Schambein-Osteomyelitis (Maliss) 397.
Scharlachrot und Sudan III, Verhalten von, zu bösartigen Geschwülsten (hauptsächlich carcinomatösen) (Kuschbaloff) 120.
Scheide s. Vagina.
Schenkel-Brüche s. Hernia cruralis.
—Gefäße, Aneurysma arterio-venosum der, Exstirpation und vierfache Unterbindung (Bouquet) 397.
—Halsfrakturen s. Frakturen.
— — (Imbert) 76.
— —, Behandlung der (Hull) 256.
Schienbein s. a. Tibia.
—, hereditäre Syphilis beider, in entzündlicher Form (Méry u. Heuyer) 320.
Schiene, Transport-, für Oberschenkelfrakturen und Hüftgelenksverletzungen (Franz) 341.
Schilddrüse s. a. Thyreo . . .
—Abseß, akut entstandener (Neuber) 410.
—Arterie, primäre Unterbindung der unteren, bei Kropfoperationen (Petrow) 144.
—Carcinom, Hautmetastasen eines (Fillié) 145.
—, ihre Wirkung auf den Darm, experimentelle Untersuchungen (Capone) 353.
—Exstirpation, Einfluß auf Wärmestichreaktion bei Kaninchen (Loewi u. Weselko) 352.
—, fötale, Jod- und Phosphorgehalt der (Fenger) 142.
— und Geschlechtsdrüsen, Einfluß der, auf experimentell erzeugte Geschwülste (Jowleff) 117.
—, multiple Metastasen in der Lunge bei Atrophie (Kolominski) 32.
—, Einfluß nervöser Reize auf die (Rahe, Moore, Rogers, Fawcett, Beebe) 142.

Schilddrüse, ihre innere Sekretion vom chirurgischen Standpunkte (Tinker) 32.
—Transplantation s. Transplantation.
—Tuberkulose s. Tuberkulose.
—Veränderungen, biologisch experimentelle Beobachtungen bei (Lucibelli e Scala) 208.
Schlattersche Krankheit (Lance) 432.
— —, Bericht über einen Fall von 9 Jahren (Corben) 176.
Schleimhaut von Flexura sigmoidea und Rectum, innere Prolapszustände der (Reizenstein) 159.
—Tuberkulose s. Lupus.
Schluckstörungen s. Dysphagie.
Schlüsselbein s. a. Clavicula.
— und erste Rippe, Exstirpation bei bösartiger Krankheit (Fort) 315.
Schmerz (Manninger) 401.
Schock (Boise) 81.
—Behandlung (Colcord) 323.
—, chirurgischer, unsere jetzigen Kenntnisse vom (de Bovis) 321.
—, —, und postoperativer Schmerz, Verhütung des (Cooke) 179.
Schrapnellverletzungen s. Schußverletzungen.
Schule, Skoliose in der (Semerad) 202.
Schulter-Blatt- und Armausreißung (Dickinson) 395.
—Gelenk, Technik der Gelenkplastik des (Brown) 74.
—Gürtel, Fall von syphilitischer, spinaler Amyotrophie des (Kummant) 72.
—Luxation s. a. Luxation.
— —, habituelle, Enderfolge der Muskelplastik an dem Deltoideus bei (Clairmont, Ehrlich) 74.
—Schmerz (Fernsymptom des Nervus phrenicus) bei akuten chirurgischen Krankheiten der Bauchhöhle (Löffelmann) 288.
Schuß-Frakturen der Extremitäten im Kriege, Behandlung der (Saar) 19.
—Verletzung der Arteria und Vena femoralis (Fewelin) 175.
— — der Arteria poplitea, Fall von Gangrän des rechten Fußes nach (John) 256.
— — in den Balkankriegen (Birrell) 124.
— — des Bauches (Delrez) 126; (Landry) 216.
— — des Bauches aus dem Balkankriege, 120 Fälle, beobachtet im osmanischen Fortbildungskrankenhause Gülhane (Wieting-Pascha) 269.
— — der Brust (Laurent) 126.
— — der unteren Extremität (Friedrich) 20.
— —, Frakturen durch (Laurent) 337.
— — im Frieden (Hagentorn) 121.
— —, Infektion der (Kayser) 336.
— — durch Kleinkaliber (Lenger) 125.
— — des Kopfes, späte Trepanation nach; ausgebreitete Verletzung des Girus angularis mit Seelenblindheit; vollständige Genesung nach einem Jahre 345.
— — im Kriege (Breitner) 16.
— — im griechisch-bulgarischen Kriege; Verfahren zum Zurückhalten eines Hirnprolapses (Anastassiadès) 126.
— — der peripheren Nerven im Balkankrieg (Gerulanos) 19.
Schuß-Verletzungen der peripheren Nerven, Lähmungen nach (Oeconomakis) 18.
— — durch Pistole, Fernresultate nach Herznaht wegen (Proust) 287.
— — des Schädels (Laurent) 268.
— — des Schädels in beiden Balkankriegen (Laurent) 125.
— — des Thalamus opticus nebst Bemerkungen über Tractus-Hemianopsie (Stern) 134.
— — des Thorax und Abdomen (Suchanek) 17.
— — des schwangeren Uterus (Obál) 388.
—Wunden des Bauches, Behandlung von (Tecqmenne) 269.
Schwangere und Wöchnerinnen, tetanoide Symptome bei (Kreiss) 88.
Schwangerschaft s. a. Tubarschwangerschaft.
— und Nephrektomie (Zoeppritz) 308.
—Pyelonephritis, Heilung durch Autovaccine (Weymeersch) 104.
— bei Situs inversus, seltene Form von Ileus infolge von (Coenen) 370.
—, Fall von doppeltem Volvulus während (Smit) 367.
Schwellungen, entzündliche, Persistieren von, nach Campher-Paraffininjektionen (Firket) 259.
Scopolamin-Morphium- und Scopolamin-Pantopon-Narkose in Verbindung mit Inhalationsnarkose (Keim) 21.
Sectio alta zur Heilung von Blasengeschwulst (Cifuentes) 169.
Seebäder kombiniert mit Heliotherapie bei Tuberkulose der Baucheingeweide (Revillet) 362.
Sehnen, Gefäßversorgung der (Rau) 178.
—, künstliche, aus Seide bei Behandlung der Volkmannschen ischämischen Contractur (Durán) 394.
—Scheidenentzündungen, chronische, bei Einhufern, Histopathologie der (Mensa) 322.
—Sutur und Sehnentransplantation (Jensen) 70.
—Transplantation s. a. Transplantation von Sehnen.
Sehnervenatrophie nach tiefen Orbitaverletzungen (Kirschmann) 138.
Sekretion, innere, und Pathogenese der chronischen Gelenkkrankheiten (Massalongo) 173.
Selbstbeschädigungen (Tokarski) 255.
Sella turcica, Krankheiten der Hypophyse und ihr Einfluß auf das Röntgenbild der (Fearnsides) 345.
— —Veränderung (Belot) 408.
Sepsis, allgemeine otogene, chirurgische Eingriffe bei (Kümmel) 135.
—, Tod nach radikaler Ausräumung tuberkulöser Cervicaldrüsen an (Jefferson) 141.
Septicämien, im Kindesalter (Hutinel) 6.
Septische otogene Allgemeininfektionen, chirurgische Eingriffe bei (Kümmel) 135.
— Krankheiten, Wirkung des Argatoxyl bei (Rosenstein) 7.
— —, Frage der lokalen und allgemeinen Behandlung der (Bondy) 180; (Rosenstein) 180.
— Thrombophlebitis der Beckenvenen (Lewis) 171.

Serodiagnostik des Carcinoms mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens (Blackstein) 185.
— der Epilepsie (Mayer) 134.
— bösartiger Geschwülste (Hara) 332.
— der akuten chirurgischen Infektionen (Poddighe) 6.
Serum von Basedowkranken, Wirkung auf den Blutdruck (Sanford) 34.
—Gelatine-Injektionen zur Heilung von Aneurysma des Aortenbogens (Chalier u. Nové-Josserand) 149.
—Hautreaktion bei Tuberkulose, Wert der (Bronfenbrenner) 115.
— verbrühter Kaninchen, Auftreten peptolytischer Fermente im (Pfeiffer) 266.
S-Geschoß und Spitzgeschoß s. Geschoß.
Sigma elongatum mobile s. Flexura sigmoidea.
— — — s. Hirschsprungsche Krankheit.
Sinus der Dura, Thrombophlebitis der (Schmidt) 135.
Situs inversus partialis als Ursache von angeborener tiefer Duodenalstenose (Melchior) 229.
— — mit Schwangerschaft als Ursache von Ileus, seltene Form (Coenen) 370.
Skalp, Abreißen des (Gillette) 407.
Sklerome, Stenosen der Atmungswege durch (Wojatschek) 142.
Sklerose des Nierenlagers (chronische Nierenlagerblutung) (Kümmell) 166.
Skoliose, Skoliosis.
—Behandlung nach Abott, zwei Fälle von tödlichem Tetanus bei, durch Filzeinlage (Kirmisson) 262.
— — mit redressierendem Gipsverband (Scheuermann) 348.
—Klinik-Tätigkeit des Kinderhospitals in Boston (Lever) 349.
— in der Schule (Semerád) 202.
Skopolaminnarkose s. Narkose.
Sonnen-Behandlung der chirurgischen Tuberkulose s. a. Heliotherapie.
— — — — — (Guye) 8.
Speculum, Mund-, Brophysches (Farr) 130.
Speiche s. Radius.
Speicheldrüsen s. Parotis.
Speise- und Luftwege, obere, Behandlung von Carcinomen der, mit Radium- und Mesothoriumbestrahlungen (Albanus) 352.
—Röhre s. Oesophagus.
Sphincter, Operation der Analfistel ohne Durchschneidung des (Barnes) 302.
— ani, Atrophie des, Ursachen, Folgen und Behandlung (Jackson) 302.
— spermaticus, Ductus ejaculatorius und Colliculus seminalis, Anatomie, physiologische und pathologische Rolle des (Porosz) 170.
Spina bifida occulta sacralis, Beckenmißgestaltung bei (Chiari) 281.
Spinal-Anästhesie in der Beckenchirurgie (Anspach) 271.
—Flüssigkeit s. Cerebrospinalflüssigkeit.
—Kanal s. Rückenmark.
Spinale Amyotrophie, syphilitische, des Schultergürtels (Kummant) 72.
Splenektomie s. a. Milz-Exstirpation.
— bei Bantischer Krankheit (Eturgis) 235.
— bei Milzruptur (Routier) 103.
Splenomegalie s. Milzvergrößerung.
Spondylitis, Behandlung nach der Lannelongueschen Methode (Broca) 30.
—, röntgenographische Profilaufnahmen bei (Calvé, Lelièvre) 29.
— tuberculosa s. Tuberkulose der Knochen und Gelenke.
—, typhöse (Job) 30.
Spondylose rhizomélique (E. Fraenkel) 202.
Spontan-Frakturen s. Frakturen.
—Luxationen s. Luxationen.
Sporotrichosen-Behandlung (Bith) 184.
— der Mamma (Quénu) 96.
—, menschliche (Alvares, Dionysio u. Prazeres) 333.
— des Muskels 185.
Spreizfedern zur Behandlung von Abscessen (Tiegel) 24.
Spritze, subcutane, contra Messer (Wier) 340.
Spulwürmer, Ileus durch (Doberauer) 159.
S-Romanum s. Flexura sigmoidea.
Stachel-Murphyknopf (zeitsparende Veränderung am Murphyknopf) (Flockemann) 340.
Staphylokokken, saprophytische, Erzielung pathogener Eigenschaften bei (Geisse) 115.
Stase s. Obstipation.
Status eczematosus, Rückbildung von, nach Thymektomie (A. Fischer) 411.
Stauungspapille bei Hirngeschwülsten, einige Resultate der Palliativbehandlung der, Lumbalpunktion, Dekompressivtrepanation, Balkenstich (Dutoit) 199.
Steckschüsse s. Schußverletzungen.
Steine der Blase s. Blasensteine.
— der Galle s. Gallensteine.
— der oberen Harnwege s. a. Nierensteine u. Nephrolithiasis.
—Krankheiten der oberen Harnorgane, therapeutische Indikationen bei (Janssen) 166.
— — der Niere s. a. Nephrolithiasis.
— der Niere s. Nierensteine.
— des Ureters s. Uretersteine.
Steinmannsche Nagelextension s. a. Nagelextension.
— — bei Oberschenkelbrüchen (Waegner) 77.
Stenose s. a. Striktur.
— der Atmungswege (Fremdkörper, Sklerome) (Wojatschek) 142.
— des Oesophagus s. a. Oesophagusstenose.
— — —, neues Hilfsmittel für die Diagnose von (Crump) 96.
— des Pylorus s. Pylorusstenose.
Sterilisation s. a. Desinfektion.
— mit verdünntem Alkohol, weitere Versuche über (Bujwid) 339.
Sternum, experimentelle Resektion des, und totale Exploration der Trachea bei Kaninchen (G. Rosenthal) 284.
Sterolin zur Hautdesinfektion (Frank) 273.
Stichwunden der Blase (Obál) 425.
Stickstoffoxydulnarkose s. Narkose.
Stimm-Bänder, Plastik zur Wiederherstellung der durchtrennten (Smith) 31.

Stimm-Gabel, Anwendung zur Diagnose von Krankheiten (Breitmann) 37.
Stirnhöhlen-Eiterungen mit intrakraniellen Komplikationen (Solowiejczyk, Karbowski) 91.
—, Kugel in der (Mackenzie) 27.
—Osteome (Zumhasch) 346.
Strahlenbehandlung s. Röntgen-, Radium-, Mesothorium- und radio-aktive Substanzenbehandlung.
Streptokokken-Infektion, klinische und experimentelle Erfahrungen bei, besonders in Beziehung zur Arthritis und ihre Behandlung (Dyas) 392.
— —, hyperakute, Tod nach radikaler Ausräumung tuberkulöser Cervicaldrüsen infolge von (Jefferson) 141.
—Krankheiten in der Chirurgie (Kadján) 179.
—Peritonitis genitalen Ursprungs bei Mädchen von 4½ Jahren (Schwers) 364.
—Septikämie (Constantino) 82.
—Stamm, über einen (Holst) 5.
Streptokokkus mitis als Ursache experimenteller Arthritis beim Kaninchen (Rothschild u. Thalheimer) 389.
Striktur s. a. Stenose.
— des Rectum, narbige, einfaches Verfahren zur Heilung von (Poleja) 420.
— der Urethra und sekundäre Fisteln nach traumatischen Schädigungen der männlichen Urethra, Behandlung der (Chironi fu Giovanni) 425.
Struma, Basedowsche Krankheit und Uterusgeschwülste (Elsner) 171.
—Behandlung, chirurgische (Wathen) 208, (Welborn) 353.
—Frage, Ätiologie und Pathogenese (Schiötz) 143.
—Kommission, Umfrage der (Simon) 143.
—Operation, Einfluß auf geistige Funktionen (Bainbridge) 33.
— —, primäre Unterbindung der unteren Schilddrüsenarterie bei (Petrow) 144.
—Problem (Dieterle, Hirschfeld u. Klinger) 282.
—, Serumbehandlung der (Beebe) 95.
— substernalis (Broeckaert) 144.
— —, zur Symptomatologie der (Engel u. Holitsch) 410.
—Typen, die Vorteile der doppelten Resektion bei gewissen (Balfour) 33.
—, venös-kavernöse, mit Störungen der Herztätigkeit und Atmung (Larionoff) 144.
Strumitiden und Thyreoiditiden, akute infektiöse, bei Basedowsyndrom (Pletnew) 353.
Stuhlverstopfung s. Obstipation.
Subclavicular-Gegend, bösartige Geschwulst der; Branchiom 251.
Sub-Dural s. Dura.
—Luxation s. a. Luxation.
—Maxillar- und Parotisdrüse, interglanduläre Anastomose eines kollateralen Secretionsweges (Ferrarini) 201.
Subphrenische Abscesse (Höflich) 413.
— Hämatom der Milz entstammend (Souligoux) 103.
Substrate und Fermente, blutfremde, im tierischen Organismus unter experimentellen physiologischen und pathologischen Bedingungen (Abderhalden) 324.
Sudan III und Scharlachrot, Verhalten zu den bösartigen Geschwülsten (hauptsächlich carcinomatösen) (Kuschbaloff) 120.
Supinations-Extensionsbehinderung der Vorderarme resp. Hände bei Neugeborenen (Chrysospathes) 395.
— und Pronation des Vorderarms und der Hand, Radiokinematographie der (Privat-Garibhe) 75.
Supraclaviculare Anästhesie des Plexus brachialis Kollaps nach (Neuhof) 128.
Suprapubische Prostatektomie s. Prostatektomie.
Suspension- und Extensionskraft, Wirkung der, auf die Wirbelsäule (Hanausek) 29.
— und Stützpunkte künstlicher Glieder (Dollinger) 87.
Swift-Ellissche intradurale Behandlungsmethode bei progressiver Paralyse (Myerson) 26.
Symblepharon, Transplantation von Epidermisschollen in die Orbita, um bei, das Tragen eines künstlichen Auges zu ermöglichen (Magitot) 346.
Syndrom, suprarenales, und Adrenalin (Frias) 324.
Syphilis s. a. Gumma.
—, Behandlung der parenchymatösen, auf intrakraniellem Wege (Campbell) 134.
— der Blase (Durveux) 66.
— congenita der Hypophysis (Simmonds) 136.
—, hereditäre, beider Schienbeine in entzündlicher Form (Méry u. Heuyer) 320.
— —, des Knochens, spät auftretende (Badin) 109.
— der Orbita (Gumma) (Oretschkin) 138, (Werner) 346.
— des Schädels mit großen Sequestern, 2 Fälle von (Nicolas, Moutot u. Gaté) 196.
— und Tuberkulose der Schleimhäute der oberen Luftwege, Differentialdiagnose zwischen (Strandberg) 31.
Syphilitische Affektion der Trachea, tracheoskopische Diagnose (Nikolski) 32.
— spinale Amyotrophie des Schultergürtels (Kummant) 72.
—, hereditäre, Krankheiten der Diaphysen der langen Röhrenknochen (Courtin) 251.
— und gonorrhoische Krankheiten des Bewegungsapparates (G. Müller) 388.

Tabes s. a. Gastrische Krisen.
— und Basedowsche Krankheit, ihre Beziehungen zueinander (Barkan) 283.
—, neues Symptom bei (v. Baeyer) 205.
Tabische Gelenkerkrankungen, Unfallbegutachtungen und Behandlung der (Oehlecker) 72.
Talusfrakturen s. Frakturen.
— (Lang) 431.
—Luxationen s. Luxationen.
—Verletzungen, seltene (Goldammer) 400.
Telangiektasie des Kleinhirns (Maklakow) 408.
Teratom und Polydaktylie der Hypophyse, Beitrag zum Studium der morphogenetischen Einflüsse von Drüsen mit innerer Sekretion auf die Organogenese (Bertolotti) 345.
Terpentinöl, in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen (Cramer) 82.

Testis s. Hoden.
Tetanie, postoperative, Behandlung der (Wiebrecht) 208.
Tetanoide Symptome bei Schwangeren und Wöchnerinnen (Kreiss) 88.
Tetanus-Behandlung s. a. Magnesiumsulfat.
— — mit subduralen Magnesiumsulfatinjektionen (Stevens) 262.
—Prophylaxe, Wirksamkeit von gleichzeitigen Antitoxininjektionen bei (Tizzoni) 262.
—, tödlicher, bei Skoliosenbehandlung nach Abbott, durch Filzeinlage (Kirmisson) 262.
Thalamus opticus, Schußverletzung des, nebst Bemerkungen über Tractus-Hemianopsie (Stern) 134.
— —, experimentelle Untersuchungen über die Funktion des (Pfeifer) 342.
Thermocoagulation s. Elektrokoagulation.
Thierschsche Lappen, Apparat zur Fixation von (Stere) 130.
Thoracocentese, Lufteinblasung in die Pleura nach (Sorel) 284.
Thorax-Aktinomykose (Rocher) 37.
—Chirurgie und Druckdifferenzverfahren (Steinmann) 283.
—, Schußverletzungen des, und Abdomen (Suchanek) 17.
—, starr dilatierter, Freundsche Operation beim (Peiser) 211.
Thorium-Präparate, Schädigungen durch, vom forensischen Standpunkte (Budde) 26.
—X. (Mesernitzky) 131.
Thrombophlebitis der Durasinus (Schmidt) 135.
—, septische, der Beckenvenen (Lewis) 171.
Thrombose und Embolie, Reihe ungewöhnlicher Zirkulationsstörungen im Verlauf akuter Infektionen (Bierring) 259.
— der Mesenterialvene (Weil) 39.
Thymektomie, Rückbildung eines schweren Status eczematosus nach (A. Fischer) 411.
— wegen Tracheostenosis thymica (Fischer) 95; (A. Fischer) 411.
Thymus, Bedeutung der für Entstehung und Verlauf der Basedowschen Krankheit (Hart) 36.
—Drüse als Atemhindernis (Ritter) 36.
— — in der Pathologie des Kindesalters (Oliari) 145.
— — experimentelle Studien über die (Fiore, Franchetti) 95.
—Extraktwirkung, experimentelle Untersuchungen zur Analyse der (Fischl) 35.
Thyreoidea s. Schilddrüse.
Thyreoiditiden und Strumitiden, akute infektiöse, bei Basedowsyndrom (Pletnew) 353.
Tibiadiaphyse, durch Osteomyelitis zerstörte, autoplastischer Ersatz durch die Fibula. Neubildung der Tibia in der Umgebung des Transplantates (Lapeyre) 256.
Tibia-Fraktur s. Fraktur.
—Luxation s. Luxation.
Tonsille, plastische Variation bei der extracapsulären Totalexstirpation der (Trautmann) 92.
Tonsillektomie, feststehende Quellen für alle Blutungen nach, und ihre sichere Beherrschung (Davids) 278.
Trachea-Carcinom, primäres (Oppikofer) 282.
—, totale Exploration der, und experimentelle Resektion des Sternum bei Kaninchen (G. Rosenthal) 284.
—, gummöse Affektion der, und tracheoskopische Diagnose derselben (Nikolski) 32.
—Knorpelringe, über Altersveränderungen in den (v. Engelbrecht) 351.
—, Sauerstoffeinblasung in die, bei Atemlähmungen (Leschke) 114.
—, untere, Fremdkörper der (Stucky) 94.
Tracheal-Implantation (Zuccardi-Merli) 281.
Tracheo-Bronchialdrüsenkrankheit, latente, beim Kind; Vergleich der Röntgendiagnostik mit klinischer Diagnostik (Spéder u. Dubourg) 283.
—Bronchoskopie, Technik und Klinik (Mann) 205.
—skopische Diagnose von gummöser Affektion der Trachea (Nikolski) 32.
—Stenosis thymica, Thymektomie wegen (Fischer) 95; (A. Fischer) 411.
Tracheotomie, Geschichte der (Menier) 281.
—, prophylaktische, Dauerkanüle und intermittierende Intubation bei Larynxstenose infolge Lähmung der Mm. crico-arytaenoideii postici (Bussalay) 207.
Tractus-Hemianopsie (Stern) 134.
Tränendrüse, komplizierte Bindesubstanzgeschwülste der (Haslinger) 139.
Transfusion s. a. Bluttransfusion.
— (Ducuing, Bourguet u. Clermont) 402.
— von Blut (Corbett) 1.
— und Contractilität der Arterien (Bardier u. Clermont) 324.
—, Gefäßnaht bei; zur Erleichterung der Operation (McGrath) 258.
Transfusionsmethode, Crilesche; Instrument und Technik der Handhabung (Kahn) 274.
Transplantation, Auto-, freie, bei Hirnbrüchen und Kiefergelenkankylosen, Verwendung der (Istomin) 196.
— von Epidermisschollen in die Orbita, um bei Symblepharon das Tragen eines künstlichen Auges zu ermöglichen (Magitot) 346.
— von Fascien (Ipsen) 321, (Greggio) 289.
— — —, freie, zur operativen Behandlung der Kiefergelenkankylose (Korneff) 201.
— — — zur Mobilisation ankylotischer Gelenke (Durante) 249.
— — —, experimentelle Untersuchungen (Kleinschmidt) 178.
— der Fibula, Ersatz einer Epiphyse durch Diaphysenstück (Viannay) 396.
— — — zum Ersatz der durch Osteomyelitis zerstörten Tibiadiaphyse (Lapeyre) 256.
— — —, Spätresultate dreier Fälle von; mit Bemerkungen über Wachstumsprozeß und physiologische Entwicklung des transplantierten Knochens (Bond) 256.
— von Gelenken bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenkes; trotz Infektion gutes Resultat (Turner) 174.
— — — bei jungen Tieren mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens des Intermediärknorpels (Obata) 314.

Transplantation von heteroplastischen Geweben, Faktoren des Widerstandes gegenüber der (Murphy) 323.
— — — —, Begünstigung durch Zerstörung des lymphoiden Gewebes mit Röntgenstrahlen (Murphy) 185.
— ganzer Kniegelenke (Deutschländer) 79.
— von Knochen (Lewis) 3, (Thomas) 13, (Lusena) 320.
— — — nach Albees Methode (Albee) 249.
— — —, homoplastische, bei Enchondromen der Hand (Oehlecker) 396.
— — — nach Laminektomie (Vulpius) 348.
— von Muskeln, Experimentalversuche mit, unter Berücksichtigung der Innervation von neugebildeten Muskelfasern (Shinya) 321.
— von Muskelstücken, zur Stillung von Herz- und Leberblutungen (Läwen) 361.
— von Nervengewebe (D'Abundo) 141.
— von Nerven bei poliomyelitischen Lähmungen (Maragliano) 30.
— peripherer Nerven, experimentelle Untersuchungen (Zalla) 323.
— von Netz zur Deckung von Darmverletzungen (Dawydoff) 157.
— von Sehnen mittels Fascie, Beobachtungen aus der kriegschirurgischen Tätigkeit der Moskauer Sanitätskolonne in Bulgarien (Rosen) 338.
— — —, nach Fioravantis Methode in zwei Fällen schwerer traumatischer Läsionen (Fioravanti) 393.
— — — und Sehnensutur (Jensen) 70.
— von Thierschschen Lappen (Stere) 130.
— der Trachea (Zuccardi-Merli) 281.
— von Venenstücken auf Gallenwege (Danis) 160, 302.
Traumen und Bluterguß des Kniegelenks, Rolle der Kreuzbänder bei (Corner) 319.
— als Ursache von Verlagerung der Hüftgelenkspfanne (Kaisin-Loslever) 255.
— der Leber, akute gelbe Atrophie und Cirrhose, Regenerationserscheinungen bei (Hallbauer) 379.
— des Schädels, doppelseitige reflektorische Pupillenstarre nach (Finkelnburg) 275.
— und Tuberkulose, kausaler Zusammenhang von (Dacosta) 181.
Trendelenburgsche Operation bei Lungenembolie s. a. Lungenembolie.
— —, Exitus durch Lungenembolie während (Leclerc) 359.
Trepanation und Balkenstich zur Heilung von Hydrocephalus internus acquisitus (v. Sarbó) 343.
—, Dekompressiv-, bei Stauungspapille bei Hirngeschwülsten (Dutoit) 199.
— — — —, auf gesunder Seite bei Koma infolge cerebraler Hämorrhagie (Marie u. Léon-Kindberg) 197.
— in Fällen von Hirnblutung (Hamill) 344.
— bei einem Hypophysentumor (Bourguet, Dansan) 91.
—, spätc, nach Kopfschuß; ausgebreitete Verletzung des Girus angularis mit Seelenblindheit; vollständige Genesung nach einem Jahre 345.
Trigeminus s. Nerven.
— s. Nervus trigeminus.
Tripper s. Gonorrhöe.
Tubar-Schwangerschaft, geplatzte, 100 Fälle; 100 Heilungen (Wepfer) 387.
Tuberkel-Bacillen im strömenden Blut (Rosenberg) 7.
— —Nachweis, Anwendung biologischer Prüfungen zum (Meyer, N.) 7.
— —, virulente, im strömenden Blut bei Kindern (P. Lehmann) 181.
—Knötchen in einem Portiocarcinom (G. Schmidt) 387.
Tuberkulide, Pathogenese der (Grosz u. Volk) 328.
Tuberkulin-Herdreaktion, Wert für Diagnose unklarer Hüftgelenkskrankheiten (Heppler u. Erkes) 254.
—, Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf (Koch, Schiller) 8.
—Rosenbach, Anwendung bei chirurgischer Tuberkulose (Hagedorn) 9.
—Salbeneinreibungen (Moro), über die Beziehungen der Hautveränderungen nach, zum Lichen scrophulosorum (Tschilin-Karian) 327.
Tuberkulöse Affektionen, Therapie bei (D'Oelsnitz) 391.
— Bursitiden der Hüfte (Arce) 175.
— Cervicaldrüsen, Sepsis nach radikaler Ausräumung von (Jefferson) 141.
— Cystitiden, Behandlung mit Injektion von Milchsäurebacillen (Vinay) 383.
— Drüsen, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Mowatt) 410.
— Dysphagie, Resektion des Nervus laryngeus superior bei (Aboulker) 93.
— Knochenherde, unkomplizierte, und ihre Behandlung (Huntington) 389.
— Lunge, experimentelle Beiträge zur Kompression der, durch Gummiballon (Maisel) 412.
— Peritonitis (Judd) 218.
— —, operative Behandlung der (Kayser) 218.
— —, Darmverschluß im Verlaufe der (Posin) 98.
— —, Klinik der (Morris) 98.
—, prognostischer Wert der Permanganatreaktion nach Weiss im Harn von (Vitry) 310.
— Ursprung von Leber und Milzkrankheiten (Carnot, Saint-Girons u. Turquéty) 235.
Tuberkulose des Abdomens, insonderheit des Peritoneums und Coecums, Heliotherapie am Meer von (Armand-Delille) 182.
— der Baucheingeweide, Heliotherapie an der See bei (Revillet) 362.
—, Behandlung von chirurgischer mit Tuberkulin-Rosenbach (Hagendorn) 9; (Kovács) 83.
— — mit dem Friedmannschen Mittel (Friedmann) 84; (Rabinowitsch) 84; (Brauer) 403.
—, innere gegen äußere Behandlung der, gemäß Beobachtung an über 1000 Fällen (McDuffie) 262.
— der Blase, Cystoskopie bei (Heitz-Boyer) 309.
—, Blindschleichen- (Kaltblüter-), als Heil- und Immunisierungsmittel bei Lungentuberkulose (Moeller) 286.

Tuberkulose des Bruchsackes und prognostische Bedeutung der idiopathischen Hydrocele (Federici) 245.
— und Carcinom des Magens, Kombination von (Frank) 47.
—, chirurgische, Behandlung mit F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel; Erfahrungen über 50 Fälle (Karewski) 183; (Mühsam u. Hayward) 183.
— —, Behandlung mit künstlichem Licht (Breiger) 403.
— —, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Denks) 263.
— — und experimentelle, diagnostischer Wert der Komplementbindungsreaktion bei (Wwedewski) 403.
— —, operative Freilegung der Krankheitsherde und Heliotherapie bei (Grinda) 390.
— —, Heliotherapie bei (Guye) 8; (Trèves) 388.
— — — im Krankenhause Bouville bei Berck-sur-Mer (Audion) 182.
— — — an der See bei (Pascal) 263.
— —, therapeutische Versuche mit Kupferlecithinpräparaten an Kindern mit, (Finklersches Heilverfahren) (Oppenheim) 326.
— des Darms, hämatogene makroskopische und ulceröse (Christidès) 157.
—, biologische Diagnostik chirurgischer (Wolfsohn) 71.
— der Fascie des Bicepsmuskels am Oberarm (Pohl) 430.
—, Friedmannsches Heil- und Schutzmittel gegen (Wichmann) 84.
— der Gelenke im Kindesalter, Behandlung der (Balás) 429.
— der Hand, Erfolge der Heliotherapie im Hochgebirge bei (Hussy) 395.
—, Harn-Acidität bei (Labbé u. Vitry) 385.
— der Harn- und Geschlechtsorgane, günstige Erfolge der Heliotherapie an der See bei (Revillet) 362.
— der Haut s. a. Lupus.
— — —, Behandlung der, unter besonderer Berücksichtigung des Lecutyls (Strauss u. Miedreich) 182.
—Immunisierung des Menschen, Präventivimpfung zur (Maragliano) 181.
—, Jod in der Behandlung der chirurgischen (Clerere) 115.
— bei kleinen Kindern (Kirmisson) 182.
— des Kniegelenks, Verlängerung der unteren Extremitäten bei (Savariaud u. Roederer) 432.
— der Knochen und Gelenke, Behandlung der (Cayre) 109.
— des Larynx, Behandlung nach Pfannenstill und nach Friedmann (Sobernheim) 206.
— der Lungen, Fortschritte in der operativen Behandlung der (Wilms) 285.
— — —, Behandlung mit Pneumothorax (Frank u. v. Jagit) 285; (Lebedeff) 148; (Lortkipomidse) 212; (Lubinski) 38; (Voorsanger) 38; (Zimmermann) 38.
— — —, Technik der Pneumothoraxbehandlung bei (Hofvendahl) 38.
— — —, Pneumothoraxbilder bei (Dorendorf) 412.
Tuberkulose der Lungen, Behandlung mit Wilmsscher Pfeilerresektion (Maisel) 412.
— — —, Blindschleichen- (Kaltblüter-) Tuberkulose als Heil- und Immunisierungsmittel bei (Moeller) 286.
— und Lupus erythematodes (Fuchs) 8.
— der Mesenterialdrüsen, chriurgisches Handeln bei (Franke) 39.
— der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches (Friedemann) 139.
— der Nieren, abnorme Form von (Pillet) 166.
— — — und Ambardsche Konstante (Marion) 104.
— — —, Frühdiagnose durch den praktischen Arzt (Krotoszyner) 166.
— — —, Wirkung der Nephrotomie bei (Gayet) 426.
— — —, Nephrektomie bei (Samurawkin) 167.
— des Pankreas, primäre (Walter-Sallis) 305.
— des Peritoneums (Morris) 98.
— — —, Behandlung der ascitischen Form der, nach Capparoni (Setti) 98.
— — —, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Molard) 40.
— — —, chronische, in der ersten Kindheit (Marfan) 364.
— — — als Ursache eines Ileus (Posin) 98.
— — —, Initialsymptome und Abortivformen der (Hobst) 150.
— — — im ersten Kindesalter (Marfan) 150.
— der Prostata, chirurgische Betrachtungen zur (Hesse) 311.
— des Rippenfells und der Lungen, traumatische (Brouardel u. Giroux) 211.
— des Schambeines, Fistula umbilicalis, ausgehend von (Kirmisson) 253.
— der Schleimhaut s. a. Lupus.
— der Schleimbeutel der Hüfte (Arce) 175.
— der Schleimhäute der oberen Luftwege, Behandlung mit Reyns Elektrolyse (Strandberg) 31.
—, Wert der Serum-Hautreaktion bei (Bronfenbrenner) 115.
— und Syphilis der Schleimhäute der oberen Luftwege, Differentialdiagnose zwischen (Strandberg) 31.
— und Trauma, kausaler Zusammenhang von (Dacosta) 181.
—, traumatische (Achard) 327.
— der Wirbelsäule, Studien über die Biegungskurven bei, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung (Truslow) 409.
Tupfer bei Laparatomien, Kontrolle der (Kubinyi) 87.
Typhlektasie, atonische, Röntgendiagnose und chirurgische Behandlung bei (Duval, Roux) 56.
Typhöse Spondylitis (Job) 30.
Typhusbacillendauerträger, Feststellung von (Mayer, O.) 61.

Überpflanzungen s. Transplantation.
Ulcera-cruris-Behandlung mit Pellidol und Azodolen (F. Fischer) 319.

Ulcus callosum s. Magengeschwür.
— cruris, Behandlung des (Meyer, J.) 79.
— —, Behandlung mit Paraffin (Sandfort) 23.
— duodeni s. Duodenalgeschwür.
— des Magens, Studien über die Pathologie des; mesogastrische Stenose von geschwüriger Herkunft (Mathieu) 223.
— — —, Studien über die Pathologie des; Ulcus, Appendicitis, chronische Kolitis (Mathieu) 223.
— — —, Studien über die Pathologie des; über einige Ursachen diagnostischen Irrtums (Mathieu) 224.
— molle, operative Behandlung der iliacalen Drüsenentzündung bei (Gaymard) 69.
— pepticum, Divertikelbildung am Magen durch (Borszéky) 100.
— rodens s. a. Carcinom.
— mit Kupfer und Quarzlampe geheilte Fälle von (Weiss) 342.
— rotundum s. Magengeschwür.
—, variköser, einige besondere Formen von, und Varicen, klinischer und histologischer Beitrag zur Pathogenese von (Marcozzi) 319.
— ventriculi s. Magengeschwür.
Umbilicalhernie s. Hernia umbilicalis.
— s. Nabelbruch.
Unfall und Arteriosklerose (Rumpf) 267.
—Hernie (Pisenti) 219.
Unglücksfälle durch elektrische Ströme (Hewitt) 13.
Unterleibsbrüche s. Hernien.
Unterkiefer-Tuberkulose s. Tuberkulose.
Unterleibs-Verwundungen (Majocchi) 150
Unterlippe, Carcinom der, Diagnose und operative Behandlung (Bloodgood) 28.
Unterschenkel-Fraktur s. Frakturen.
—Geschwür, Behandlung des (Meyer, J.) 79.
—Knochen, beide (Peckham) 192.
— und Fußverletzungen, Gipsgehverband (Drott) 131.
Urachus-Cyste, Gallertcarcinom einer (Pendl) 216.
Ureter-Beckenabschnitt, Freilegung des (Birnie) 167.
—Einpflanzung in das Rectum bei Blasenektopie (Mayolsche Operation) (Simpson) 66.
— und Niere, angeborene Anomalie von, unter dem klinischen Bilde eines perityphlitischen Abscesses (Oehlecker) 166.
—Stein, Beseitigung durch Glycerininjektion (Perrier) 167.
—Tranplantation s. Transplantation.
—Zerreißung, traumatische, Diagnostik der (Dumitresco u. Buia) 309.
Uretero-Pyelitis, Beitrag zur Symptomatologie der (Meyr) 238.
Urethra s. a. Niere.
—, traumatische Loslösung der Blase von der Symphyse mit vollständiger Abtrennung der; Heranziehung der kleinen Schamlippen als Ersatz für die nekrotisierte vordere Scheidenwand (Werelius) 243.
—, carcinomatöse, Technik bei Excision der (Stark) 169.
—, hintere Störungen der Urogenitalfunktion bei Erkrankungen der (Leyberg) 106.
Urethra, männliche, Behandlung der Narbenverengerungen und sekundären Fisteln nach traumatischen Schädigungen der (Chironi fu Giovanni) 425.
—Naht, Fernresultate zirkulärer, bei Zerreißungen und traumatischen Verengerungen der Harnröhre (Marion) 105.
—Resektion, Bedeutung der Harnableitung bei (Klopfer) 424.
—Scheidencarcinom, inoperables, Heilung durch Radiumbehandlung (Lequeu u. Chéron) 247.
— und Harnblasenspalte, angeborene, Heilung der (Dünkeloh) 241.
—Steine, große (Farmakowski) 170.
—, weibliche, primäre bösartige Geschwülste der (Carcinom und Myxosarkom) (Watson) 386.
—Zerreißungen, Behandlung durch suprapubische Ableitung des Harns (Carlier u. Gérard) 385.
Urethritis, proliferierende, endoskopische Diagnostik und Behandlung der (Lohnstein) 427.
Urethro-Rectalfisteln, chirurgische Behandlung der (Viko) 60.
Urethroskop (Schall) 131.
Urethroskopie, Urethroscopia.
—, hintere (Roth, Mayer, Th.) 67.
Urin s. Harn.
Urogenital-Apparat s. Harn- und Geschlechtsorgane.
—Funktion bei Erkrankungen der hinteren Harnröhre, insbesondere des Collicus seminalis (Leyberg) 106.
—Tuberkulose s. Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane.
Urologie, regionäre und lokale Anästhesie in der (Blum) 87; (Carraro) 339; (Lemoine) 21.
—, Elektrotherapie in der (Courtade) 67.
Urologische Chirurgie (Morton) 63.
— Operationen und Untersuchungen, Lokalanästhesie bei (Blum) 87.
Uterus-Carcinom, therapeutischer Wert der Röntgenstrahlen und radioaktiven Substanzen bei, mit pathologischen Untersuchungen (Rubin) 313.
—Geschwülste, Struma und Basedowsche Krankheit (Ebsner) 171.
— und Vaginamißbildungen, operative Behandlung der (Kerr) 172.
—, schwangerer, traumatische Ruptur des (Thoenes) 246.
— —, Schußverletzungen des (Obál) 388.

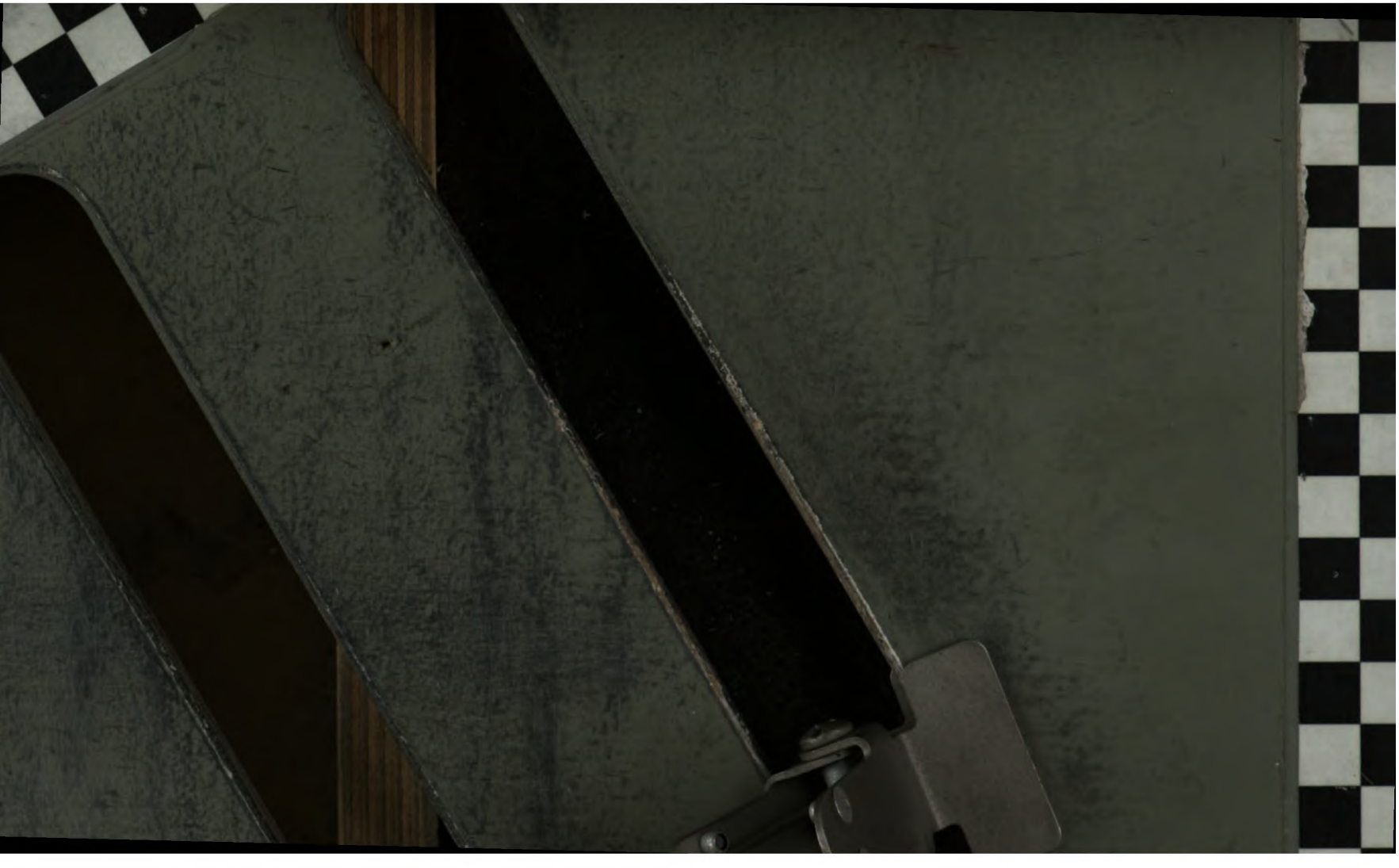
Vaccination und Immunität in Beziehung zur Chirurgie (Hart) 403.
Vaccine-Behandlung (Hitchens) 180; (Turutiner) 428.
— —, Antigonokokken (Lequeu) 324.
Vaccin, von Nicolle (Carle) 10.
Vagina-Bildung, künstliche, und Promontoriumresektion zwecks Beckenerweiterung (Engelmann) 312.
— und Uterusmißbildungen, operative Behandlung der (Kerr) 172.
—Resektion und hohe Portioamputation beim Genitalprolaps, Indikationen und Erfolge der Bouillyschen Operation (Lenormant u. Petit-Dutaillis) 388.

Vagotomie bei gastrischen Krisen (Exner) 350.
Vagus s. Nervus vagus.
Valvula Bauhini-Insuffizienz bei Perityphlitis chron. (Lohfeldt) 374.
Van Gehuchten-Förstersche Operation wegen Littlescher Krankheit (De Beule) 350.
Variabilität der Bakterien (Eisenberg) 114.
Varicen-Bildung und Infektionskrankheiten (Zesas) 319.
— und einige besondere Formen von varikösen Geschwüren, klinischer und histologischer Beitrag zur Pathogenese der (Marcozzi) 319.
Varikocele-Operationen (Van Hook) 245.
Varikose und Cavernose des Rectum (Kausch) 59.
Varixknoten der inneren Vena saphena, einer Hernia cruralis incarcerata gleichend (Cooper nail) 318.
Vasculärer Ursprung traumatischer peripherer Lähmungen (Lejars) 337.
Vasomotoren in den Lungen (Tribe) 285.
Vasomotorische Neurose oder Basedowismus (Alquier) 95.
Vena, Venae, Venen.
— und Arteria femoralis, Schußverletzung der (Fowelin) 175.
— des Beckens, septische Thrombophlebitis der (Lewis) 171.
— cava sup., Verengung und Verschluß (Wagner) 37.
—Entzündung s. Phlebitis.
— iugularis, arteriovenöses Aneurysma der, und der Carotis interna (Gilson-Herman) 92.
—Naht s. Gefäßnaht.
—-saphena-Gebiet, fulminante Lungenembolie aus dem (Hosemann) 285.
— —, innere, Varixknoten der, einer Hernia cruralis incarcerata gleichend (Coopernail) 318.
— —, Phlebitis der (Morris) 98.
—Stauung, Technik der (Traugott) 2.
—Stückenpfropfung auf Gallenwege (Danis) 160; 302.
—Stückentransplantation s. a. Transplantation.
Ventralhernien s. Hernia ventralis.
Ventrikel, 4., Hirngeschwulst des, mit Glykosurie (Stringer) 277.
Verbands- und Nähmaterial, Herstellung von aseptisch-sterilem (Schall) 130.
Verbrennungen, Behandlung mit Paraffin (Sandfort) 23.
—, Verbände mit Pferdeserum in der Kinderheilkunde, besonders bei (Barlerin) 334.
Verdauungs-Leukocytose bei Magen-Carcinom und -Geschwür (Bonhoff) 371.
—Störungen und ihre chirurgische Behandlung (Fagge) 291; (Sherren) 154.
Verkalkungs-Kerne, eigenartige, und Knochenkerne, bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica (Conradi) 401.
Verletzungen des Schädels und Ohrs (Delsaux) 88.
Verrenkung s. Luxation.
Verwundetentransport im Kriege (Hull) 336.
Vibrationsapparat Aknophon zur Diagnose von Krankheiten (Breitmann) 37.
Volkmannsche ischämische Contractur, künstliche Sehnen aus Seide bei Behandlung der (Durán) 394.
Volkmannsche Krankheit s. Ischämische Contractur.
Volvulus im Bruchsack (Landsberger) 49.
—, doppelter, während Schwangerschaft (Smit) 367.
— der Flexur (Mintz) 419.
Vorderarme resp. Hände bei Neugeborenen, Supinations-Extensionsbehinderung der (Chrysospathes) 395.
—, Radiokinematographie der Pronation und Supination des, und der Hand (Privat-Garilhe) 75.
Vulva-Carcinom und Strahlenbehandlung (A. Winkler) 172.

Wärmestichreaktion bei Kaninchen, Einfluß der Schilddrüsenexstirpation auf die (Loewi u. Weselko) 352.
Wanderniere s. a. Niere.
—, zwei Fälle von Nephropexie bei (Cecchereli) 65.
Wangenplastik nach der Methode von Israel-Hahn (Dibernardo) 342.
Wasserdampf zur Händedesinfektion (Agazzi) 407.
— Reaktion s. Cerebrospinalflüssigkeit.
Wassermannsche Reaktion, positive, absoluter Wert der; 39% positiver Reaktionen bei Nichtsyphilitikern (Nicolas u. Gaté) 184.
— Anwendung von, zur Desinfektion der Hand (Costa) 130.
Wirbel-Frakturen s. Frakturen.
—Metastasen nach Hypernephrom (Harttung) 308.
—Säulenbehandlung bei Basedowscher Krankheit (Hirsch) 95.
— —Frakturen s. Frakturen.
— —, Lenden-Kreuzbein-, Diagnose der traumatischen Periostitis der (Coon) 280.
— —Luxationen s. Luxationen.
—Osteomyelitis, primäre akute (Michallesco) 203.
— —, röntgenographische Profilaufnahme der, bei Spondylitis (Calvé, Lelièvre) 29.
— —, Wirkung der Suspensions- und Extensionskraft auf die (Hanausek) 29.
—Verbiegung s. Scoliose.
— —Versteifung, chronische ankylosierende (E. Faenkel) 280.
—Versteifung, chronische, mit besonderer Berücksichtigung der sog. Spondylose rhizomélique (E. Fraenkel) 202.
—Tuberkulose s. Tuberkulose der Wirbelsäule.
Wismut- oder Bariumbuttermilch zur Röntgenuntersuchung bei Pylorospasmus (Smithies) 42.
Witzels Verfahren der Oesophagusresektion (Schwers) 38.
Wrightsche Lösung, Ersatz für antiseptische Lösungen (Dickinson) 339.
Würmer und Appendicitis (Sagredo) 230.
Wund-Flächen, granulierende, Beschleunigung der Heilung durch Teilung (Sprengel) 24.
—Infektionen, erste Hilfe und Verhütung der, am Schlachtfelde (Heinz) 267.
— — auf dem Schlachtfelde (Tintner) 267.
—Versorgung am Kriegsschauplatz (Majewski) 338.

Wurmfortsatz s. Appendix.
—Entzündung s. Appendicitis.

X-Strahlen s. a. Röntgenstrahlen.

Zahnfleisch und Mundschleimhaut, Therapie der Tuberkulose des (Tiedemann) 139.
Zangen-Extension von Knochenfrakturen (Schömann) 191.
Zirbeldrüse s. a. Hypophyse.
—, Einflüsse der Kastration auf die (Pellegrini) 90.
Zirbeldrüse, operative Entfernung einer Cyste der (Pussep) 89.
Zona cortic. sigmoidea beim Hunde, Effekte circumscripter, graduierter Kompressionen der (Amantea) 276.
Zungen-Carcinom, Studie auf Grund von über 100 Fällen (Bloodgood) 202.
—Tuberkulose s. Tuberkulose.
Zwerchfell s. Diaphragma.
—Resektion s. Diaphragma.
—Tonus und Nervi splanchnici (Kure, Ken, Hiramatsu u. Naito) 150.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07348 1957